PARIJS

F A C U L T E D E M E D E C I N E X A V I E R - B I C H A T

ANNEE 1975

No 11

T H E S E N°

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Denis, Gilbert LECURU
Né le 16 Décembre 1938 à PARIS IV°

Présentée et soutenue publiquement le 1975

UNE DEFINITION POSSIBLE DE L'USAGER DES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES PUBLIQUES

Président : Monsieur le Professeur FLAVIGNY

F A C U L T E D E M E D E C I N E X A V I E R - B I C H A T

ANNEE 1975 N°

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Denis, Gilbert LECURU
Né le 16 Décembre 1938 à PARIS IV°

Présentée et soutenue publiquement le 1975

UNE DEFINITION POSSIBLE DE L'USAGER DES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES PUBLIQUES

Président : Monsieur le Professeur FLAVIGNY

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MA FEMME Claude-Marie DESMOULINS

pour ce qu'elle a su, dans ce travail,
ne pas y mettre.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FLAVIGNY

qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548117_0047

A MES MAITRES D'EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DAVID,

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEIBOVICI,

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE GRACIANSKY,

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMASSIEUX,

MONSIEUR LE PROFESSEUR DECOURT,

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAY.

A MES MAITRES D'INTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR SCHWEICH,

MONSIEUR LE DOCTEUR LANTER,

MONSIEUR LE DOCTEUR PAUMELLE,

MONSIEUR LE DOCTEUR WOODBURY,

MONSIEUR LE DOCTEUR DAUMEZON,

MONSIEUR LE DOCTEUR MALE.

UNE DEFINITION POSSIBLE DE L'USAGER DES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES PUBLIQUES

1 - Nous proposons de nommer usagers d'un établissement psychiatrique public les sujets qui utilisent cette institution en lui adressant les malades (1). Ces usagers-utilisateurs ne sont pas les malades eux-mêmes, mais ceux qui les orientent vers tel ou tel collectif soignant.

2 - Les usagers utilisent l'institution psychiatrique (2) comme un service (3). Cette relation usager-établissement psychiatrique se fonde sur un contrat, implicite ou explicite, contrat supposant comme tel la possibilité de sa rupture selon des modalités que précise son contenu.

3 - Autrement dit les usagers considèrent l'établissement comme un instrument dont le fonctionnement doit aboutir à un certain but précis, à la production d'un certain effet. Les malades sont pour l'usager les supports du changement qu'il escompte par la mise en jeu du travail de l'institution qu'il a choisi en les lui adressant. A cet égard l'instrument institutionnel fonctionne bien, mal, ou incertainement.

4 - L'usager mesure en retour, par l'intermédiaire du malade, la réalisation des termes du contrat passé avec l'institution, exactement comme il apprécie la nature et la qualité d'un produit dont il a demandé la fabrication. Il peut alors être satisfait ou déçu du "traitement" et dans cette dernière éventualité décider de s'adresser à une autre entreprise.

5 - C'est l'usager qui est le véritable client de l'institution psychiatrique et non pas le malade. La "clientèle" de l'établissement est l'ensemble de ses usagers bien plus que l'ensemble de ses malades. Qu'un usager "retire sa clientèle" à tel établissement et celui-ci ne recevra plus de malades, ceux-ci n'étant pour rien dans une décision dont ils n'ont à priori aucune connaissance.

6 - L'usager se définit au niveau local et par rapport à un établissement donné, il en constitue ce que nous pouvons nommer son "environnement social". Parler des usagers de l'institution psychiatrique en général n'est pas d'une grande utilité, si nous ne savons pas à quel type d'établissement psychiatrique nous nous référons : tel asile, telle institution psychiatrique privée, tel secteur etc... A un autre niveau de généralité absurde tout citoyen est usager de l'institution psychiatrique par définition, c'est-à-dire n'ayant pas d'autre ressource devant un fait qualifié de psychiatrique que de l'adresser à l'institution correspondante. Cependant en fonction de leurs intérêts divers comme de la "qualité" des malades, les usagers font nécessairement des choix, qu'un abord sociologique ou qu'une analyse socio-économique pourrait répartir en classes définies selon un certain nombre de critères tenant compte à la fois de la situation de l'usager et de celle du malade (4).

Notre définition de l'usager ne s'appuie pas sur ces considérations mais sur l'étude que nous pouvons en faire concrètement, à l'échelon local, par rapport à une institution psychiatrique nominalement définie : un hôpital psychiatrique particulier, un externat médico-pédagogique (EMP), un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) etc... (5).

7 - Pour un établissement donné nous avons un ensemble défini et limité d'usagers. Pour un dispensaire d'hygiène mentale de banlieue, ce sont les instituteurs, institutrices,

directrices ou directeurs de tel et tel groupe scolaire, tel et tel médecin omnipraticien, pédiatre, telle assistante sociale, telle institution de l'entourage; de la même façon que pour telle clinique psychiatrique privée non conventionnée, les usagers sont essentiellement un petit nombre de psychiatres de pratique libérale de quelques arrondissements de Paris.

8 - Cette définition restreinte a l'avantage de montrer que dans certains cas précis d'établissements l'usager apparaît comme exerçant un pouvoir en rapport avec le choix qu'il fait dans l'adresse des malades. Celà donne à réfléchir sur la nécessité ou non de permettre ou d'interdire ce choix et partant l'exercice de ce pouvoir, c'est-à-dire de l'encourager ou non dans le but soit de le contrôler, soit de procéder à l'élucidation dialectique des rapports socius-institution psychiatrique. Si nous considérons un instant sous cet angle la "politique de secteur" décidée par l'arrêté et les circulaires ministériels de mars 1972 nous voyons que son application stricte tend à supprimer cette "liberté de choix" de l'usager en constituant des zones territoriales psychiatriques comme obligées qui font entièrement dépendre la population de la compétence, dès lors non discutable, de l'équipe dite "de secteur" (6). Il ne s'agit pas ici de vouloir préserver à tout pris la "concurrence" dont nous connaissons le lien avec les modalités d'échanges imposées par la société libérale. Mais ceci ne doit pas nous empêcher de remarquer que la légitimité d'une planification ne dépend que de l'analyse objective de tous les facteurs en cause, dont la mesure ne peut se faire que par leur mise en jeu concrète. Or ici il n'en est rien, au contraire, la fonction de l'usager est forclose, la manifestation de son existence même étant rendue impossible, par une sorte de "renferment sectoriel" dont il faudrait apprécier les relations historiques et idéologiques qu'il entretient éventuellement avec le "renfermement asilaire".

9 - Avant d'aller plus loin, il nous faut dire d'où provient ce que nous considérons comme la nécessité d'une séparation des notions d'usager et de malade par rapport à l'institution psychiatrique. Car l'intérêt que nous portons à cette délimitation n'est pas un exercice intellectuel mais la mise en place d'un concept opératoire directement issu de l'expérience et étant imposé par celle-ci. Il est en effet des situations où la fonction de l'usager (7) apparaît comme telle, avec ses conséquences. Ces dernières pouvant être rapportées à leur cause dans certains cas de situations quasi expérimentales.

10 - Nous prendrons l'exemple d'un petit collectif pédo-psychiatrique de soins "ambulatoires" dont le personnel avait décidé de tenter l'expérience d'un abord psychanalytique des patients, le plus "pur" possible, dans le cadre d'une institution pubique. Nous mettons de côté ici toute discussion portant à priori sur la pertinence, l'opportunité voire l'insensé d'un projet qui a eu le mérite d'avoir pu être mené conséquemment jusqu'à son terme et dont l'un des résultats a précisément été de démasquer la fonction de l'usager pour cette institution.
Les psychanalystes se proposaient d'offrir aux consultants, les enfants et leurs parents, les conditions d'accueil de leur Demande (8) telles qu'elles puissent ouvrir sur le déroulement d'une cure, non pas sur le modèle du "privé" mais comme variante extrême de la cure type (9). Un des premiers principes impérativement requis pour l'application du projet était qu'aucune connivence ne puisse s'établir entre le "thérapeute" et l'entourage du patient, que ce soit l'école qui l'ait adressé, le médecin, l'assistante sociale ou d'autres. Rien de ce qui constituait le dire de la cure ne pouvait donc être communiqué à l'extérieur. Il s'en suivait que toute question émanant des correspondants et concernant la famille devait être traitée comme une autre Demande, c'est-à-dire maniée par son renvoi à la problématique personnelle du demandeur. Les "usagers" étaient donc considérés

comme des Sujets, au sens de la théorie freudienne de l'Inconscient, exactement comme l'étaient les patients venant au centre, à cette différence près que les premiers n'y pouvaient pas y entreprendre de cure. Il n'y avait à la limite que des sujets-analystes et des sujets-analysants (10) et parmi les seconds ceux qui étaient engagés dans le processus de la cure dans l'institution et ceux, les usagers, qui pouvaient éventuellement le faire, mais ailleurs. Tout semblait aller pour le mieux dans un premier temps, l'établissement ayant un "fonds de clientèle" assez grand du fait de l'accord établi emtre lui et son entourage social au moment de sa création. Les enfants comme les parents, sans entreprendre de véritables psychanalyses, s'engageaient dans des procès thérapeutiques qui s'en rapprochaient assez pour que le succès de certains puissent être mis au compte de ce qui advient dans et par la parole véhiculant le désir sexuel pris pour un temps au piège du transfert.
Mais l'expérience tournait court trois ans plus tard, car la clientèle s'amenuisait et les usagers n'adressaient plus aucun patient. L'évolution fut catastrophique pour le personnel par la perte de l'emploi et pour certains patients qui durent interrompre leur traitement quand il était impossible pour eux de "suivre" leurs thérapeutes. Les informations que la direction a pu obtenir à cette étape montraient que les utilisateurs de l'institution étaient "contre" le travail qui s'y faisait : ils avaient enregistré les doléances des familles qu'ils y avaient envoyées et ils adhéraient aux arguments invoqués, c'est-à-dire que pour l'essentiel, leurs demandes médicales de rééducations, de médicaments, de soutien, de conseils etc... n'avaient pas été entendues (11). Eux-mêmes n'avaient jamais été tenus précisément au courant des traitements et de leurs cours. Ils s'étaient donc décidés d'envoyer les enfants et les familles ailleurs, dans des centres thérapeutiques plus "satisfaisants". Soulignons là que rien ne permet de mettre en cause

la qualité du travail fait par le centre, il était bien au contraire digne d'intérêt par sa cohérence et sa rigueur et ce, du fait de l'expérience des thérapeutes.
La suite nous éclaire encore sur un point concernant le rôle joué par l'usager. La déplétion économique qui était la conséquence logique de cette absence de clientèle conduisait à la disparition même de l'établissement, mais elle était facilitée par l'employeur et l'administration, dont la position à l'égard de la pratique que nous avons décrite avait toujours été réservée, et ce sur un plan que nous qualifierons d'idéologique. Nous entendons par là qu'il ne s'agissait pas d'une critique du travail en fonction de la position de l'usager mais d'une fixation des intérêts de l'employeur à une fonction présupposée d'un établissement psychiatrique, à savoir la production exclusive de soins médicaux ou paramédicaux. Le discours (12) de l'usager avait donc "rejoint" celui de l'employeur et lui avait fourni les arguments qui lui manquaient. Il est en effet pratiquement impossible à un employeur d'institution psychiatrique d'annuler le vecteur psychanalytique sans désavouer officiellement l'apport de la pratique freudienne au "traitement" des névroses et des psychoses.

11 - D'autres établissements du même type ont fait, ou font encore, de cette façon l'expérience de la mise en acte de la fonction de l'usager. Certains qui l'ont perçue à temps se sont efforcés de colmater la brèche en confiant à une assistante sociale le soin de réparer les dégâts sur le mode de la conciliation.

12 - L'intérêt de cet exemple est de montrer deux choses. L'une concerne le patient, le "malade", celui qui vient consulter, et qui le plus souvent est adressé par l'usager.
Il s'agit de l'imprudence du "soignant" qui se laisse définir comme la précipitation qui anticipe une éventuelle demande d'analyse alors que manifestement le patient vient pour

autre chose dans l'immédiat de son dire. Ceci est développé à part dans le cadre de la technique psychanalytique (13). Notons pour l'objet de notre propos que l'usager n'y est pas pour rien cependant, car c'est fréquemment lui qui "code" le discours qu'emploie le patient dans sa demande : "L'institutrice m'a dit que mon fils était dyslexique et qu'il lui faudrait une rééducation", "le docteur m'a dit que ma fille avait des troubles et qu'une psychothérapie lui ferait du bien", "je viens vous voir parce que j'ai des difficultés et qu'un de mes amis m'a dit qu'il avait eu des problèmes identiques qui avaient guéri par la psychanalyse" etc... Une des composantes de la fonction de l'usager se devine ici dans le lien très particulier, très personnel et partant très efficace qu'il a noué avec le patient qui vient consulter. Et c'est ce lien qui "en retour" remet en cause cet autre lien qui unit l'usager à l'institution psychiatrique de son choix : il en est le point de repère et l'instrument de mesure.

13 - L'autre est une confusion qui, par rapport à l'institution psychiatrique, peut s'installer entre la position de l'usager et celle du patient. Pour un établissement ayant fait ce type d'expérience, usager et patient requièrent la même approche. Or l'usager ne s'y méprend pas. Quelque soit l'habileté et la pertinence de l'acte qui le renvoie, comme s'il était analysant, à la question de son être comme sujet désirant dans un projet d'analyse, il ne l'entend pas de cette oreille et pense, à juste titre, qu'il y a méconnaissance de la place d'où il parle : quand il adresse un patient ce n'est pas lui le patient par rapport à l'institution. S'il est évident qu'il a "à voir" avec le patient auquel il conseille de consulter et qu'à travers ce geste d'encouragement ou d'activation peut se lire son propre discours, ce n'est pas cet acte là qui en fait un analysant.

14 - Un deuxième exemple confirme ce dernier fait. Il s'agit du cas d'un instituteur, usager d'un centre de cure ambulatoire "classique" auquel il avait adressé plusieurs des enfants de sa classe après l'avoir conseillé aux parents. Ce pédagogue qui avait constaté les progrès de ses élèves attribués au travail fait avec les enfants et leur famille dans le centre, amène un jour en consultation son propre fils. Nous commettons l'erreur de l'entendre assez pour que s'engage, dans l'établissement même, une psychothérapie du garçon et l'élucidation avec ses parents d'un certain nombre de points délicats de la vie familiale correspondants aux symptômes dont l'enfant souffrait. Après une première phase où s'affirme à quelques signes le succès de l'entreprise, à l'occasion du dévoilement d'une vérité concernant la vie du père le traitement est interrompu. Lors du dernier entretien avec le père et l'enfant, le père nous dit qu'il "ne prévoyait pas qu'il était question, ici au centre" de difficultés concernant ce domaine en question. Nous laisserons de côté le rapport éventuellement existant entre une maladresse de notre part et la rupture du traitement : il ne modifie en rien ce qui importe ici, à savoir la suite. Ultérieurement en effet le centre ne reçut plus aucune demande de la part de l'école dans laquelle travaillait notre client. Nous apprîmes que cet instituteur avait donné une telle image de notre travail que le directeur de l'établissement scolaire, aussi bien que ses collègues, avaient décidé de ne plus nous envoyer les enfants et leurs familles.

15 - La moindre réflexion sur cet exemple montre que dans ces circonstances précises un même sujet ne pouvait être à la fois l'usager et le patient d'un même établissement. La confusion faite par un soignant, quelles que soient ses capacités, à notre avis, faisait courir le risque, pour une institution qui en courait un, ce qui n'est pas un cas général comme nous le verrons, de remettre en question l'existence même de l'institution ou tout au moins d'une partie de celle-ci.

16 - Nous devons remarquer que nous n'avançons pas une notion dogmatique, mais une question qui met en relation la structure d'une institution donnée et la fonction de l'usager qui s'y rapporte. Il est tout à fait possible que par ailleurs dans un autre type d'établissement, un même sujet soit à la fois l'usager et le patient. Celà ne nous paraît pouvoir se faire que si le collectif considère comme une partie de son travail la résolution du problème des rapports entre l'usager et le fonctionnement institutionnel, c'est-à-dire met en place les rouages, lieux, relais ou systèmes d'échanges, toujours à reprendre et à réinventer, par l'intermédiaire desquels les phénomènes de résistance du patient comme les tentatives de rupture de l'usager puissent être parlées, quitte à modifier le travail même du collectif s'il y a nécessité. Non pas une nécessité qui aurait pour fondement le maintien coûte que coûte de l'établissement (on ne travaille pas à n'importe quel prix et n'importe comment en psychiatrie), mais qui apparaitrait d'une compatibilité possible entre le travail des soignants, les exigences de l'employeur, les intérêts de l'usager et l'avenir du patient.

17 - Ces deux expériences, en outre, nous ont ainsi imposé de prendre au sérieux la distinction usager-malade, non pas seulement comme constatation d'un fait mais aussi comme mise en évidence d'une contradiction spécifique à traiter comme telle, c'est-à-dire à résoudre. Dans les exemples précédents il apparait en effet que ne pas avoir vu le processus qui s'effectuait en coulisse, derrière le maintien d'une position "idéaliste", avait conduit le projet institutionnel à l'échec.

18 - Il se trouve que les conditions objectives d'une mise en question de la pratique psychiatrique dans une institution par l'intervention de l'usager sont rarement réunies

actuellement, essentiellement en raison de l'insuffisance des moyens matériels mis en oeuvre par les pouvoirs publics. Elles apparaissent cependant de plus en plus fréquemment depuis dix ans du fait de la multiplication des créations isolées d'établissements de soins, notamment en ce qui concerne l'hygiène mentale infantile, domaine relativement disjoint de celui qui impose aux adultes la coercition du système asilaire. Précisons : Dans la dernière décade de cet intervalle qui sépare la reconnaissance d'une scandaleuse pénurie (1945) de la mise en place du système sectoriel précisé par la tant attendue circulaire de mars 1972, maintenant en voie d'application.
Jusqu'alors les conditions psychiatriques en France étaient telles que la demande des usagers des différents établissements avait peu de poids et pouvait être mise entre parenthèse. Nous verrons que l'ignorance de son rôle à l'échelon local, due à l'impossibilité de son émergence comme donnée efficiente, peut être rapportée à trois causes. Néanmoins celles-ci ne définissent que les arguments négatifs, ceux qui ralentissent, limitent ou n'autorisent pas l'apparition du phénomène. Il est à l'opposé deux types d'interventions qui depuis 1945 facilitent sa mise à jour : d'une part le courant psychanalytique qui a complètement déplacé la position du malade et du soignant jusqu'alors enclavée dans le discours médical, d'autre part l'analyse matérialiste qui, de l'intérieur, a fait prendre conscience aux soignants de leur appartenance à une organisation de production critiquable, dans laquelle le "malade mental" a une place spécifique, peut être sans aucun rapport avec des intentions humanitaires de couverture.

19 - Les causes de la méconnaissance du rôle de l'usager nous paraissent être de trois ordres :
La première est que l'insuffisance de l'équipement psychiatrique est si manifeste que celui-ci, quel que soit le travail que l'on y fait, fonctionne comme une "denrée

raréfiée". Cette insuffisance de l'équipement montre son absence de rapport problématique à l'usager dans deux directions : l'asile (ou l'hôpital psychiatrique) et l'expérience pilote.
La deuxième est qu'une institution psychiatrique peut littéralement calquer son mode d'organisation de travail sur la demande de l'usager, ce qui fait, la légitimité de cette dernière étant alors indiscutable, qu'aucune contradiction éventuelle ne peut apparaître.
La troisième est qu'une profession qui s'est largement développée dans le champ psychiatrique, s'est en quelque sorte spécialisée dans le colmatage de la différence entre fonctionnement de l'institution et demande de l'usager : celle de l'assistance sociale.

20 - La notion d'un suréquipement en hôpitaux psychiatriques est un mythe trop tôt mis en avant par une judicieuse idéologie révolutionnaire : judicieuse car nous ne pouvons manquer d'adhérer à ses thèses qui concernent la politique de l'état à l'égard de la folie, mythique car incapable de de proposer concrètement les bases d'une action visant à démanteler le système asilaire. Une des raisons en est à notre avis que les pouvoirs publics actuels "savent" se maintenir en dessous de ce que nous nommons "le besoin" et que ce faisant suscitent une demande à laquelle ils peuvent toujours répondre par un accroissement du dispositif asilaire. Si nous croyons un instant au chiffrage statistique du besoin, autre mythe dont ce n'est pas le lieu d'un commentaire, nous avons une explication de la "nécessité dialectique" de l'asile dans le système social actuel. Le pourcentage de psychoses avérées, cliniquement parlant, est d'environ trois pour mille. Celà signifie, pour une population de référence de deux cent mille habitants, que doivent être créées six cents places, tant en lits d'hospitalisation qu'en places d'entretien ou de traitement ambulatoire. Or si l'on compte un équipement hospitalier

de deux cents lits pour le secteur considéré, il faut encore des moyens extra-hospitaliers capables de recevoir chaque jour vingt psychotiques. Cet ensemble est rarement réalisé (pour les adultes) sauf dans des centres dits "pilotes" où l'administration semble penser que l'expérience du besoin peut se faire. Et nous ne parlons pas des névroses, pour nous limiter aux plus graves, ni des caractéropathies, ni de tout ce que l'on voudra dont le chiffre décuple pratiquement celui des six cents cas de psychoses (14). De plus, la plupart des secteurs comportent moins de deux cents lits et un dispositif dispensorial fait d'une assistante sociale à plein temps et de quelques vacations de médecins et de psychologues. C'est dire qu'avec ces données d'un "état de pénurie" exprimé par les pouvoirs publics eux-mêmes, la fonction de l'usager ne risque pas d'apparaître (15). C'est aussi comprendre comment se maintient l'existence de l'Asile et comment même il peut encore s'étendre. La raréfaction de cette denrée de consommation médicale courante qu'est le soin psychiatrique permet à l'Etat-employeur de répondre à la demande de l'usager ou des groupements d'usagers, associations diverses, municipalités, ou à la demande de ses employés par l'extension du système qu'il défend. Il "sait" l'état-employeur qu'il n'a, ou ne se donne pas les moyens suffisants en matière de soins psychiatriques publics puisqu'il "prévoit" de remédier à cette carence et met en place des plans à courts et longs termes. Or ces plans ne sont-ils pas, revêtus de parures nouvelles, que la simple continuation d'une même "politique de santé mentale", dans les mêmes cadres légaux et administratifs, peut-être renforcés par de nouveaux ajouts d'obligations légales ? Comment lire les textes ministériels de 1972 ? Peut-on affirmer que la doctrine du secteur telle qu'elle s'y annonce n'est pas, sous le couvert d'une réformisme de bon aloi, qu'une extension plus subtile du système

asilaire ? (16). L'expérience limitée que nous avons de son application ne nous permet pas de répondre dans ce sens (17). Il est ainsi prématuré de dire que les modifications actuelles de l'organisation de la psychiatrie publique en France faciliteront le repérage de la fonction de l'usager. Son "mot à dire" reste capté et métabolisé par la structure d'échange dominée par une insuffisance notoire des moyens et dont nous connaissons la règle : faire patienter, reconduire à plus tard les demandes "tout à fait légitimes", expliquer la carence par des facteurs extérieurs. Comment l'usager pourrait-il questionner la structure puisque tout le monde est en accord avec lui pour admettre "qu'il faut que ça change", qu'il n'est pas toujours souhaitable d'interner, de rééduquer, de réadapter comme "celà malheureusement se fait toujours" ? Faute de pouvoir interroger une organisation qui est encore à créer, l'usager continue d'alimenter l'actuelle qui doit disparaître ! Il n'y a pas ici de sophisme mais simplement l'"entre-deux de la répétition du même", en tant que dialectique d'un conservatisme qui doit gagner du temps pour gagner toujours plus avec le temps. Le sous-équipement psychiatrique rend particulièrement difficile l'apparition de l'usager tel que nous l'avons défini dans la mesure ou, malgré son éventuelle désapprobation du système, il est conduit à le faire fonctionner.

21 - L'autre face du sous-équipement psychiatrique, le sur-équipement focalisé nommé par convenance "expérience pilote" ou centre expérimental, a le même effet, mais par un mécanisme inverse. Cette fois, l'usager n'a rien à dire dans la mesure où il ne peut contester que "l'effort maximum est fait" pour répondre aux besoins. L'usager n'a rien à demander puisqu'il a tout, jusque et y compris la possibilité de discuter de la pertinence de tel ou tel dispositif de soin. S'il n'accepte pas le jeu, s'il ne tombe pas dans

le piège de l'accueil à "bras ouverts", s'il n'en comprend pas l'intérêt sous cette forme de participation, alors c'est qu'il est mal informé ou frivole ou susceptible ou résistant. Il convient alors de l'éduquer quand c'est possible (18). Toute une littérature socio-statistico-médicale nécessairement produite par ces centres expérimentaux au titre de la recherche tourne autour de cette notion d'une action éducative à entreprendre sur la population et que traduisent les termes médicaux de "prévention primaire" et de "prophylaxie" (18). Il conviendrait d'après ces travaux qu'une partie du travail de l'institution psychiatrique s'oriente vers une pédagogie de l'usager : comment se servir de l'instrument qu'est l'institution, quand et pourquoi adresser un enfant ou un adulte au centre d'hygiène mentale, ce qu'il convient de faire ou de ne pas faire à l'égard de la famille, qui doit être contacté au centre et qui répondra et comment l'affaire se déroulera etc... Cette mise en place qui témoigne de l'intérêt primordial qu'accorde à la communauté sociale toute expérience pilote, n'aboutit bien souvent qu'à masquer la fonction de l'usager en rendant impossible sa manifestation effective dans un conflit dont l'issue pourrait être une modification obligée de l'institution elle-même, sous la contrainte matérielle. Au contraire l'importance des moyens mis à la disposition des établissements psychiatriques publics modèles rend encore plus indéchiffrable et inapparente sa fonction. Elle se montre tout au plus sous la forme d'une curiosité scientifique dans le cadre des techniques médicales de pointe.

22 - Toutes les institutions psychiatriques ne sont pas des asiles à proprement parler, des hôpitaux psychiatriques départementaux ou des internats pour enfants arriérés, quoique toutes soient régies par les mêmes lois et le même type de contrainte économique. Depuis 1945 certains

départements fortement aidés par les municipalités en ce qui concerne les locaux, ont pu mettre en place un équipement qui, sans correspondre au besoin n'a rien de dérisoire. Ceci est surtout vrai pour les enfants et s'est dans la plupart des cas réalisé sous la forme de dispensaires d'hygiène mentale infantile. A partir de 1955, avec l'inscription obligatoire de dépenses de dépistage et de prophylaxie psychiatriques au budget départemental, le mouvement s'est accéléré et la Sécurité Sociale requise pour participer à ces dépenses a permis la création de centres de soin fonctionnant avec un prix de journée et dont le type le plus connu est pour les enfants le C.M.P.P.

23 - Le rôle de l'usager n'en a pas pour autant été précisément repéré, tout au moins dans une première phase. Ces institutions de type dispensorial répondaient à une nécessité de première urgence aussi bien pour les enfants que pour la psychiatrie qui, pour le meilleur ou pour le pire commençait à s'intéresser au problème pédo-psychiatrique, sous l'influence prépondérante de la psychanalyse d'ailleurs. Elles ne ressemblaient en rien à l'institution pilote dont nous avons précédemment parler : elles étaient particulièrement fragiles, faute de crédit et faute de personnel qualifié en nombre suffisant du fait de la modicité des salaires. Toute cette période correspond à l'histoire de l'Office public d'hygiène sociale (O.P.H.S.) dans la région parisienne. Cette remarquable expérience a eu pour effet de poser quelques problèmes aux gouvernements et aux ministères en matière d'hygiène mentale et dont les traces sont lisibles dans les textes de mars 1972, notamment l'accent mis sur le caractère social de la psychiatrie, la technologie de l'examen clinique et la rationnalisation des actions à entreprendre (19). Cependant pour se faire, il était fondamental d'éviter un conflit avec l'environnement de la consultation. Celui-ci au contraire

devait soutenir en permanence le travail fait au dispensaire pour augmenter la pression exercée sur les pouvoirs publics. L'école, le corps médical qui peut avoir recours au dispensaire, les élus municipaux par rapport à leurs électeurs, les institutions existantes sur le territoire communal sont les alliés naturels de ce type d'établissement psychiatrique. Dans ce cas le travail institutionnel se calque sur la demande de l'usager et conséquemment efface une différence qui montrerait mieux sa fonction en posant la question de sa validité. C'est ainsi que les enfants sont "placés" par le dispensaire quand ils ne sont plus adaptés à l'école, qu'ils sont rééduqués parce que leur lecture est insuffisante qu'ils sont "testés" par la psychologue parce qu'ils prennent du retard, que le médecin prescrit des médicaments parce qu'ils sont "caractériels", exactement comme il prescrit une psychothérapie parce qu'en"en parlant"ils peuvent "sortir" d'une inhibition névrotique.

24 - Les premiers C.M.P.P. obéissent aux mêmes règles de fonctionnement mais en privilégiant un groupe d'usagers : ceux qui s'occupent de la scolarité et qui dans certains de ces centres sont aussi les employeurs.

25 - Cette alliance de l'institution psychiatrique avec l'usager qui lui fait la loi, si elle ne devait en théorie n'exister que le temps de rendre suffisamment forte l'institution, avait un autre effet : celui de consolider le système de la production de soin. Soignants et usagers n'étaient pas seulement d'accord sur le fait que les premiers étaient nécessaires mais aussi sur ce qui était à faire, c'est-à-dire produire la santé par des techniques médicales ou para-médicales.
Ce que demande l'usager peut être validé par la médecine sans contradiction. Par exemple, une directrice d'école

envoie un enfant au praticien du dispensaire pour qu'il prescrive un traitement, un enfant dont la turbulence et la paresse sont devenues inopportunes, ce dont les autorités académiques ont été averties par ailleurs. Le médecin qui n'est peut-être pas tout à fait d'accord avec cette manière de voir, cautionnera néanmoins l'entreprise en "découvrant" un internat médico-pédagogique qui conviendrait pour l'année suivante, un établissement qu'il ne connaît pas mais un établissement de soins, non plus purement scolaire, et ce malgré qu'il soit à cinq cents kilomètres du domicile familial. L'essentiel dans l'exemple de ce processus n'est pas, pour notre propos concernant l'usager, une question qui porterait sur "la valeur" thérapeutique ou anti-thérapeutique de cette "indication" mais sur la dépendance de cette action psychiatrique par rapport à la demande de l'usager ici pédagogue. Pour leur projet d'installation et de survie, préalable à une critique ultérieure, ces établissements devaient inventer un appareil qui leur permette de fonctionner en s'appuyant sur l'usager pour sortir de l'asile. C'est cet appareil dispensorial, qui, conformément au voeu de Duchêne, deviendra dans les circulaires de mars 1972 "l'élément de base", "la pièce maitresse" du dispositif sectoriel. Cet organe central se constitue autour des deux personnages-clés de ce type de fonctionnement psychiatrique : le médecin et l'assistante sociale. Nous devrions dire plus généralement le "travailleur social", mais en réalité il s'agit pratiquement toujours d'une femme et le médecin d'un homme, les deux formant l'imago d'un couple parental, dont ce n'est pas l'objet ici de discuter ni la pertinence ni la "normalité" de ses relations symboliques. A ce couple originaire sont venus s'adjoindre ultérieurement les psychologues, les rééducateurs et rééducatrices, les infirmiers et infirmières etc...

26 - L'assistante sociale a joué et joue encore un rôle important dans la néconnaissance de la fonction de l'usager. L'exemple de ces premiers établissements de cure ambulatoire d'après 1945 en témoigne suffisamment, mais aussi de nombreux collectifs soignants qui travaillent encore de cette manière ou qui ont repris cette manière en raison des contraintes matérielles. La valeur tout à fait directrice des activités de l'assistante sociale dans ces premières "équipes" dispensoriales tient, en dehors de ses fonctions d'aide apportée aux familles et de conseillère administrative, à ce phénonène spécifique qui est la capitalisation de tout le savoir sur l'environnement social de l'établissement. C'est elle qui se déplace pour aller voir la famille et discuter avec l'entourage du patient, avec l'école, avec ses collègues d'autres services, avec les responsables municipaux et même parfois avec les médecinq quand elle ne laisse pas au psychiatre, avec l'accord de celui-ci, le soin de prendre la responsabilité de cet étroit domaine des relations extérieures que lui réserve sa déontologie. L'assistante sociale acquiert ainsi un pouvoir qui lui donne la gouverne de l'institution (20). Mais ce pouvoir est fondé non seulement sur un savoir très étendu mais aussi sur son utilisation comme frein à toute apparition de divergences majeures avec l'usager. L'assistante sociale est fréquemment en négociation et en conciliation, sous le couvert de la médecine qui retranscrit son action sous la forme d'une indication thérapeutique vis à vis du malade. Il s'agit pour elle de faire découvrir le "moyen terme" qui permettra à l'usager de se mettre d'accord avec le médecin pour un patient et avec les parents si ce patient est un enfant : réussir par exemple à faire la "synthèse" de la demande d'une institutrice qui refuse de garder un enfant dans sa classe, de celle de la famille qui n'accepte pas cette donnée et de la position du médecin qui pense que l'enfant bénéficierait d'une psychothérapie que malheureusement lui-même, ni aucun de ses collaborateurs

immédiats, n'ont le temps de pratiquer. Bien souvent, devant l'intransigeance de l'école, l'institutrice ayant fait appel à la directrice, laquelle a rencontré l'assistante sociale qui en a parlé au psychiatre, le résultat est un travail de "persuasion" de la famille pour lui faire accepter un "placement médical" dans un "établissement psychothérapique", ce dernier, pour convenir, l'enfant n'étant pas une indication de séjour dans une institution pour "débiles", ne pouvant être, compte tenu des circonstances, qu'un "Centre d'Observation" ne prenant pour six mois que des pensionnaires en régime d'internat. Cette caricature n'est pas de fantaisie mais un schéma extrêmement simplifié d'un circuit que de nombreux enfants ont suivi et l'ignorer pourrait signifier que, "sans y penser", nous sommes prêts à l'alimenter de nouveau.
L'exercice de ce pouvoir par l'assistante sociale est devenu une véritable fonction, une formation spécifique requise par certains établissements psychiatriques et qui consiste en une pratique de la relation avec l'usager dont la conduite habile aboutit aux arrangements de conciliation les plus divers. Du même coup l'usager n'est jamais repéré comme tel, contrairement aux apparences, puisque d'une certaine façon l'institution répond toujours à sa demande. L'originalité de ses conceptions, de ses projets et la nature propre de ses responsabilités, qui peuvent être éventuellement opposés à ceux de l'institution donnée, n'émergent jamais dans la dialectique d'un conflit à saisir et à traiter.

27 - En rassemblant ces quelques éléments nous comprenons mieux pourquoi vient rarement au jour la place et la fonction de l'usager : à la place de la critique pour l'exercice d'un pouvoir, indépendamment de sa pertinence et du bien fondé de ses arguments. Nous en avons vu trois raisons :
La demande est trop supérieure à l'offre, l'usager n'ayant pas le choix sa demande est inopérante.

Le travail de l'établissement psychiatrique répond intégralement à sa demande, celle-ci n'apparait jamais comme telle dans un mécanisme de contradiction.
L'institution psychiatrique a spécialisé un médiateur, en général l'assistante sociale, qui a pour tâche de concilier les exigences de l'usager et le travail institutionnel, sa demande se perd dans le négoce dans le temps même où s'amplifie le pouvoir du médiateur.

28 - A l'opposé, dans des cas encore rares, mais qui seront peut-être de plus en plus nombreux dans la mesure où l'équipement psychiatrique se développera, la demande et la fonction de l'usager apparaissent nettement, à moins qu'une politique de centralisation totalisante ne vienne masquer cette dialectique. Ce type d'établissement par lequel elles se manifestent est dans une situation particulière qui correspond schématiquement et point par point à ce que nous avons dit du "colmatage" de la demande : ce sont des institutions en "concurrence" et l'usager peut les choisir ou non car existe la ressource d'adresser le malade ailleurs, ce sont des institutions qui ne répondent pas obligatoirement à sa demande concernant le patient, ce sont enfin des institutions qui n'ont pas délégué certains membres du personnel aux "publics relations" dans le but de concilier les contraires par des mesures opportunistes en cédant aux pressions les plus grandes.
Il va de soi que l'existence même d'institutions semblables est particulièrement menacée. Mais c'est l'ignorance de leur propre situation qui les menace le plus. A l'inverse si les soignants repèrent les facteurs en cause, il est tout-à-fait possible d'engager du travail institutionnel sur ce terrain, avec l'avantage d'une remise en question plus authentique de la pratique soignante en psychiatrie publique, ceci directement en rapport avec les éléments concrets d'un environnement social donné. Cet environnement social non plus considéré comme "inculte", "mal informé"

ou à priori dans "l'erreur idéologique" mais comme un groupe, hétérogène le plus souvent, engagé dans une partie à jouer dont l'enjeu est l'ensemble des conditions objectives à établir qui permettent l'émergence et la reconnaissance de ce sujet de la parole et du désir qui est habituellement nommé "le malade".

29 - L'expérience du rôle et de la fonction de l'usager que nous avons pu faire dans un dispensaire d'hygiène mentale infantile récemment créé et placé dans la situation requise nous servira d'exemple. Le centre en question s'est implanté dans une commune urbaine de la région parisienne, commune qui jusqu'alors utilisait pour les enfants et les familles qui étaient susceptibles de bénéficier d'une "prise en charge" le dispositif dispensorial des municipalités voisines où les consultations médico-psychologiques des hôpitaux de Paris. Notons que sa création est due essentiellement aux efforts continus de l'assistante sociale du dispensaire d'hygiène mentale infantile d'une de ces municipalités adjacentes.
L'ensemble du personnel qui prend en mains le dispositif institutionnel, après la déclaration de naissance d'usage auprès des futurs clients qui l'accueillent très favorablement, s'oriente vers une conception très psychothérapique individuelle et familiale des cas adressés, dans le style de celle que nous avons précédemment décrite (cf. paragraphe 10). Il est par ailleurs décidé en commun de ne pas avoir recours aux services d'une assistante sociale, ceci dans le but immédiat et clair de ne faciliter en rien les "procédures de placement" des enfants, les laissant à la responsabilité entière du ou des thérapeutes s'occupant de l'enfant et de ses parents. Nous savons cependant que l'absence d'assistante sociale a un autre effet, celui de faire s'adresser directement les familles au dispensaire par l'intermédiaire du secrétariat, sans que les usagers puissent

s'aider des conseils d'une consultation préalable auprès d'elle, comme c'est fréquemment le cas en matière d'hygiène mentale infantile publique (21). Cette incompréhensible carence posa beaucoup de problèmes aux assistantes sociales de l'entourage, notamment scolaire, qui avaient l'habitude de traiter nombre de cas "horizontalement" avec leurs collègues du secteur psychiatrique. De ce fait, elles optèrent pendant plusieurs années pour une position de méfiance critique à l'égard de notre travail et en conséquence privèrent le dispensaire d'une partie de leur clientèle.

30 - Le résultat d'une telle entreprise est qu'en général au bout de deux ans (en moyenne) le nombre de "premiers entretiens" diminue considérablement et que par suite l'existence même du centre est sérieusement menacée. Dans notre exemple, nous apprendrons par les usagers, quand s'ouvrira pour eux la possibilité et l'occasion d'en parler avec nous que le dispensaire "faisait peur" et que les familles étaient venues leur exprimer du mécontentement et qu'eux-mêmes ne se sentaient pas suffisamment tenus au courant de l'évolution des choses pour leur répondre convenablement, et que par ailleurs ils semblaient ne pas avoir été entendus dans leurs souhaits de rééducation, de conseils aux familles etc...

31 - Confrontés à cette évolution, les soignants se décidèrent d'envisager la menace comme un problème à résoudre, mais refusèrent collectivement de modifier fondamentalement le travail fait avec les enfants et les familles. Il était donc exclu, d'une part d'engager une assistante sociale qui prendrait la responsabilité des relations avec l'extérieur, et d'autre part de répondre à la demande indicative de l'usager, en multipliant par exemple les rééducations, les placements ou les ordonnances de médicaments. Il était

souhaitable de trouver le dispositif institutionnel capable, à défaut de pouvoir être assuré de résoudre la contradiction, qui permettrait d'en éclaircir les composantes.

32 - La première pièce du dispositif fut la mise en place d'un groupe de travail formé des soignants intéressés spécifiquement par la question, en vue d'une action concertée à entreprendre faisant retour sur l'ensemble du personnel considéré comme instance de critique des décisions prises, "L'action concertée à entreprendre" étant à situer dans un champ très étendu défini par la seule règle d'un faire ou d'un dire allant dans le sens d'une résolution du conflit qui n'exigerait pas le sacrifice de ce que les thérapeutes considéraient comme leur travail original.

33 - L'option prise au départ par le groupe se définit comme repérage de la demande des usagers par la rencontre personnelle avec eux. La "tactique" comportait certains risques, notamment celui de devoir faire oralement des concessions, ou offrir des garanties. Mais il fallait néanmoins leur répondre. Les soignants formant le groupe décidèrent d'ordonner leur réponse sur ce qu'il y a de plus "normal" et de plus "naturel" dans le "dialogue" mais qui est aussi le plus scandaleux à la place d'où ils étaient censés parler : adresser les demandes qui ne leur étaient pas personnellement faites au travail de leurs collaborateurs en fonction de ce qu'ils pouvaient en connaître! Nous ne ferons pas de commentaire sur "l'incroyable-allant-de-soi" de cette démarche. Notons au passage que sans nous prendre au leurre de la normalité et de la naturalité, avancés ici marqués de parenthèses, cette visée d'humanité commune est des plus symboliques et partant des plus difficiles à soutenir. Il n'y a pas, à notre connaissance, beaucoup de représentants de dispensaires d'hygiène mentale qui disent à leurs interlocuteurs : "Je sais que madame X fait des rééducations du

langage et je pense que vous pouvez lui adresser les enfants pour lesquels vous souhaitez une rééducation". En général "on n'adresse pas" une famille à une rééducatrice d'un dispensaire d'hygiène mentale (par contre çà se fait très bien dans le privé), "on l'adresse" au médecin du dispensaire pour qu'il fasse lui-même l'indication de rééducation !

En utilisant cette quiétude de la réponse à une question expérimentée comme pouvant déjà comporter en elle-même le retour désiré qui annule la question, le contenu de la demande pouvait être précisé avec quelque sérénité. Ce contenu nous apparait finalement très lié à des exigences "catégorielles", et conséquemment dépourvu d'uniformité. C'est là une constatation qui rejoint l'expérience des soignants de la plupart des établissements psychiatriques pour les enfants.

34 - Le personnel de l'Education Nationale, qui fournit la majeure partie de la "clientèle" des centres d'hygiène mentale infantiles, demande pratiquement toujours des réadaptations au milieu scolaire, c'est-à-dire des rééducations partielles. A part quelques exceptions, directeurs d'école, instituteurs et institutrices, psychologues et assistantes sociales scolaires, ne concoivent pas d'établissement pédo-psychiatrique sans équipement rééducatif, au sens du redressement orthogonal de la déviance par rapport à une norme d'apprentissage. Certes, ils adressent aussi de nombreux cas de familles auxquelles ils ont conseillé "d'aller parler" des difficultés des enfants, quand il est manifeste qu'un "problème familial" sous-tend l'insuffisance ou la dégradation du travail scolaire, ce que l'enfant traduit le plus souvent, à les entendre, par des troubles du caractère et du comportement. Mais ces "cas difficiles", qui requièrent des "soins" ne correspondent pas vraiment aux "besoins" des pédagogues. Pour

ces derniers, ce qui est primordial dans leur rapport avec le service d'hygiène mentale est la possibilité offerte d'une réhabilitation de l'enfant à la scolarité, d'un enfant qui a du mal à apprendre la lecture ou l'écriture, qui ne comprend rien à l'orthographe, qui n'a pas encore acquis les mécanismes du calcul ou n'a pas encore choisi sa main droite ou sa main gauche. L'instituteur pense que ce qu'il ne peut pas faire, l'aide qu'il ne peut pas apporter pour de multiples raisons tout à fait légitimes, d'autres en sont capables, parce qu'ils sont dans de meilleures conditions de travail et parce qu'ils ont la qualification requise, c'est-à-dire une formation technique spéciale (22).

35 - Les médecins omnipraticiens ou pédiatres de l'entourage du dispensaire ont une demande qui ne peut être reçue sans amener le sourire d'une insinuation humoristique. Elle se sépare en effet d'une bifurcation en deux directions peu conciliables que la déontologie médicale est requise à conjoindre dans le discours des "nuances", la chose apparaissant comme affaire du tact. Sans aucun doute, la voie technique les conduit à adresser aux spécialistes du dispensaire les cas nombreux d'enfants et de familles qui nécessitent un abord thérapeutique, de rééducation ou de psychothérapie. Mis à part ceux qu'ils adressent à leurs correspondants privés et ceux qu'ils n'autorisent à suivre personnellement, ils ne voient pas d'inconvénient majeur à confier les familles et les enfants à un service public : l'essentiel étant qu'il fasse la démonstration de sa compétence. Cette compétence est malheureusement difficilement objectivable hors du cadre établi d'un certain mode de savoir. A ce titre, les "bons centres d'hygiène mentale" sont ceux qui communiquent de gros dossiers. Ici est très bien venue la psychologie, ses "batteries" de tests, ses observations minutieuses et ses interprétations cliniques,

à la condition que le médecin du centre s'en fasse l'interprète et le garant. La psychothérapie, cette "psychologie des profondeurs" ne peut être issue que d'un préalable que constitue cette étude détaillée des facteurs en cause et conséquemment maniée avec une extrême prudence : Le médecin entend conserver ce privilège d'être le récepteur adéquat du dire confidentiel. Par cette référence au secret il désire être tenu au courant de l'évolution des cas qu'il confie et entendre le justificatif médical qui s'y rapporte.

L'autre partie de la demande, plusieurs fois exprimée clairement par les médecins avec lesquels nous avons pu parler, concerne l'aspect nécessairement non concurrentiel de l'action qu'entreprend le "secteur public". L'institution psychiatrique publique semble comporter ce danger d'un véritable "détournement de clientèle" si elle ne se limite pas strictement à l'exercice d'une pure compétence que lui procure la possession de moyens matériels inaccessibles aux particuliers. Aussi étonnant que puisse être ce fait, il n'en demeure pas moins constitutif des relations qui peuvent s'établir entre le domaine psychiatrique privé et le dispensaire, mis à part les cas dits "sociaux" pour lesquels l'importance du recours aux organismes publics n'est plus à démontrer. L'omnipraticien, comme le spécialiste, a la crainte que l'institution psychiatrique l'oublie comme usager, méconnaisse ce fait que c'est lui nominalement qui a adressé la famille et l'enfant à l'établissement. Il craint que l'institution ne soit pas "franchement médicale" et qu'elle ne respecte pas les règles du jeu, à la fois sur un plan technique qui, lui échappant, s'entoure de mystère et sur un plan déontologique en raison de "l'amoralité" qui s'infiltre dans la psychiatrie par le biais de la psychanalyse (23).

36 - Quel que soit l'usager, enseignant, médecin ou autre, nous ne pouvons affirmer cependant qu'il est obligatoirement pris dans un discours aliénant, ce que notre propos tendrait à faire croire.L'usager n'est pas un idiot ou un sujet plus ou moins bien informé qui a beaucoup à apprendre de ceux qui sont plus compétents. Cette proposition est davantage celle de l'action prophylactique et "pastorienne" malheureusement déviée de son acception d'origine, que la nôtre. L'usager est en fait confronté à des difficultés semblables à celles des soignants et l'hypothèse à formuler au départ ne peut qu'être celle de la possibilité d'un pont qui permettrait d'en parler communément. Le but n'étant pas de réifier des conflits imaginaires mais de se donner les moyens qui permettent de cerner d'assez près les conflits pour les définir comme imaginaires et partant de faire la tentative d'un branchement sur les "véritables" difficultés des enfants et la "capacité" que nous pouvons avoir pour y répondre ? C'est de clivages absurdes dont il est question ici et c'est là que se manifeste ce que nous avons connoté comme relevant de l'humour dans l'inquiétude du médecin "privé" à l'égard de l'institution dispensoriale (24). Cette inquiétude se fonde sur l'hypothèse d'un personnel d'établissement public asservi par une administration qui solde au prix le plus bas la production de soins, alors même que le processus est inverse historiquement, le personnel de l'institution psychiatrique tissant une action subversive depuis 1945, action qui vise le démantèlement du système carcéral asilaire et pour laquelle il a le plus grand besoin de l'appui des omnipraticiens et des spécialistes. Bien plus, en ce qui concerne le domaine psychiatrique, le parler de l'omnipraticien porte la marque d'une insuffisance inavouable de sa formation qu'il faut rapporter à l'incompétence de ceux qui, à travers le circuit universitaire, ne lui ont pas permis d'accéder à cette part du discours traitant des difficultés de la famille, de la sexualité et de leurs

rapports avec le développement de l'enfant. Il en va d'ailleurs de même des liens qui unissent la psychopathologie et les conditions de vie matérielles, des données socio-économiques comme des données libidinales formant les soubassements du dire des patients, comme de n'importe quel sujet.

37 - Dans cet exemple que nous donnons d'une expérience dans un dispensaire d'hygiène mentale infantile, nous devons signaler que nous avons rencontré des usagers qui ne rentraient pas dans les cadres que nous avons succinctement décrits : il existe des instituteurs et des omnipraticiens dont la demande n'a rien à voir avec la rééducation ou le soin enrobé de déontologie.
Nous avons rencontré une institutrice qui avait beaucoup à apprendre aux soignants : le sens du "courant" thérapeutique pouvait s'inverser. Une partie importante des éléments en jeu pour l'avenir d'un enfant, voire de sa famille, pouvait se "traiter" dans sa classe et par rapport à elle comme support du transfert, le personnel dispensorial servant alors d'appoint ou d'appui dans l'élaboration et la clarification des enclaves pathogènes. Il s'agissait d'une pédagogue s'occupant d'enfants en début de scolarité qui était encouragée par ses supérieurs dans sa tentative de mettre en place une classe-coopérative où intervenaient les notions de groupes spontanés ou directifs selon les "temps", de répartition des taches d'accès au registre économique extérieur et d'insertion du travail scolaire dans le discours commun.

38 - Quelques médecins se sont intéressés au travail du dispensaire en mettant à l'écart la technique (médicale) et le prestige. Même si aucune suite concrète n'a pu être donnée dans l'immédiat à une demande de collaboration active de leur part, ceci en fonction de l'analyse faite par les soignants des facteurs en cause à ce moment de l'histoire

de l'institution, le caractère de la demande n'en était pas moins l'indice d'une direction possible pour un travail et une recherche communs.
Il était question dans cette demande de la façon dont le personnel du dispensaire et plus spécialement les psychanalystes, auraient accepté d'être le moyen d'une formation qui prendrait pour objet "la relation médecin-malade". Cette formation permettant, d'un côté d'ouvrir aux praticiens le champ d'une écoute différente de la mise en scène du "symptôme somatique", et de l'autre de placer sur un plan nouveau les rapports de l'entourage médical avec l'appareil d'une institution psychiatrique. Cette perspective qui évoque les travaux de Balint (25) doit cependant, quelle que soit sa valeur didactique, amener une réserve quant à son utilité pour résoudre la problématique du rapport usager-médecin et institution psychiatrique. Grande est la séduction d'un tel projet portant haut la qualification psychanalytique du personnel de l'institution mais grand aussi est le danger que ne vienne s'enfermer dans le groupe l'ineffable d'un vécu intransmissible qui met dans l'impasse un projet qui ne tient sa visée constitutive que d'une extensibilité à reprendre toujours. La question ici n'est pas de savoir si celà peut être utile à certains mais de saisir si le moyen répond à l'énoncé du problème.

39 - Les "travailleurs sociaux" avec lesquels nous avons parlé et qui adressaient nombre de familles au dispensaire mettaient en avant des exigences d'un autre type : à vrai dire impossibles à réaliser. Qu'il s'agisse des assistantes sociales de la mairie, de la préfecture ou de la caisse de sécurité sociale, il était pratiquement toujours question d'un recours à la magie de l'intervention psychiatrique par l'intermédiaire des soignants du dispensaire. Nous savons que ces usagers ont affaire à des cas "difficiles",

dits "cas sociaux", pour lesquels s'intriquent les variables économiques basales et les facteurs intersubjectifs qu'elles alimentent. Les actions que ces usagers entreprennent, d'assistance, d'aide, de soutien ou d'invigoration, malgré toutes les bonnes raisons qui les justifient et qui sont puisées aussi bien au domaine du Droit par une sorte de surveillance de tutelle, qu'à celui de la Religion par l'idée d'une mission charitable ou à celui de la Médecine par une référence aux bienfaits de l'hygiène, s'avèrent fréquemment incapables de modifier les situations à moins de tailler dans le vif de la "réalité" à coups de placements, en ce qui concerne les enfants, ou d'obligations médico-légales en ce qui concerne les adultes. Les travailleurs sociaux sont ainsi très éprouvés par l'accumulation des déceptions et par la culpabilité, qui n'a rien de morbide, mais se trouve liée à la "pente fatale" du système légal et administratif. Toutes les "réussites" d'aide, comme l'obtention de subventions ou l'application du droit, tous les "bons contacts" avec les familles et les effets positifs du dialogue, ne parviennent pas à compenser les expériences à "contre-désir" des exécutions en règle que sont les "finalement on a dû séparer, placer, signaler, faire désintoxiquer, obliger, faire intervenir etc..." Les exigences que ces usagers manifestent à l'égard de l'institution psychiatrique, notamment du dispensaire, sont à la mesure de leur insatisfaction et portent sur une façon de spécialiste qui pourrait faire mieux qu'eux parce qu'elle utilise le levier du savoir médical. Il s'agit donc à la fois de faire comme ils font mais plus, parce qu'enfin dans la "vraie" matière des difficultés des patients. Du côté de l'expérience que nous avons pu avoir, il ne semble pas être question de pratiquer "autrement", de faire jouer différemment d'autres ressorts, pour permettre par exemple le montage d'un transfert, il s'agit de s'y prendre

de la même manière mais cette fois dans un registre plus pertinent. Les assistantes sociales que nous avons rencontrées ne concevaient pas au départ un dispensaire d'hygiène mentale qui ne convoquait pas les familles "sur signalement" et qui n'allait pas au domicile si l'injonction de consulter n'était pas suffisante. Or il est bien évident que nous devons rester très prudents quant à ces modalités de "premiers entretiens" avec les sujets si nous n'avons pas élaboré la question de savoir s'il est habile ou non de travailler avec les patients dans ces conditions de première rencontre.

40 - Le contenu ou l'objet de la demande de l'usager, tel que nous avons pu le décrire brièvement en liaison avec un certain nombre d'activités professionnelles, permet de reprendre la question de la légitimité du dégagement d'une fonction réellement spécifique des utilisateurs d'une institution psychiatrique donnée. Ceci d'autant plus que ce contenu parait ne pas être différent de celui des exigences de l'employeur des établissement médicaux. Les usagers paraissent demander la même chose que ce qui est par exemple proposé comme de fonctionnement adéquat dans les circulaires de 1972 : un établissement de réadaptation, de rééducation et de soins, qui élargit son action sur le secteur par des déplacements au domicile des malades (qui viendraient témoigner qu'enfin le psychiatre sort des murs de l'asile). Cette apparente identité de la demande tendrait à montrer qu'elle a une source commune et que la distinction entre usager et employeur est illusoire et en conséquence n'apporte rien à la pratique. Usager et employeur ne seraient que deux fonctions particulières dans une même structure, celle de la production de soins.

41 - Nous devons néanmoins maintenir nettement la distinction d'ordre structural ou en tous cas laisser en suspens notre réponse sur ce point. Les intérêts de l'usager sont diffé-

rents de ceux de l'employeur. L'employeur, c'est-à-dire l'état, l'administration et ses représentants, à tous les échelons du pouvoir, montre une grande cohérence dans sa politique et dans les actes qui la manifestent par les investissements qu'il fait au niveau des unités de production de soins, structure que nous considérons comme constitutive des institutions psychiatriques françaises.

Il n'en va pas de même pour l'usager. Celui-ci ne gère pas les deniers de l'état, pas plus qu'il ne contrôle leur placement, indépendamment du fait que c'est lui comme citoyen, tout comme le patient et le soignant, qui les fournit. Dans ces conditions, ses intérêts ne sont pas à priori ceux de l'employeur, ils peuvent être éventuellement opposés, et c'est même pour cette raison que le personnel de l'institution psychiatrique, malgré la nature de la demande, ne peut le confondre avec son employeur, sa direction administrative, son conseil d'administration et ses organismes de tutelle.

Il se trouve qu'en fait l'usager, par un mécanisme qui est le plus souvent difficile à analyser, "fait le jeu" de l'employeur, comme nous l'avons vu dans un exemple précédent. Il lui apporte des arguments dans le mouvement dialectique en retour qui lui fait prendre la mesure du travail institutionnel. Mais ceci ne signifie pas pour autant que ce mouvement ne puisse se modifier voire s'inverser.

42 - Par ailleurs le but recherché par l'utilisateur de l'institution psychiatrique n'est pas le même que celui de l'employeur. Le but de ce dernier est et ne peut être que la reconstitution d'une capacité de travail que la maladie a diminuée ou détruite, si nous acceptons l'équivalence des notions de folie et de pathologie mentale et laissons de côté l'éventualité d'une attitude <u>spécifique</u> du pouvoir

a l'égard du "fou" comme "produit social". Les effets escomptés par l'usager quand il souhaite l'intervention du dispensaire d'hygiène mentale pour un patient, même si le processus s'appelle réadaptation, rééducation ou soin, n'est pas identifiable sans discussion à la réintroduction d'un travailleur dans le circuit de la production. Le but recherché quelque soit le nom qu'il porte, ne renvoie ici qu'à un manque. Ce manque, traduit en langage technique, se définit en fait comme "ce que l'usager ne peut pas faire lui-même et que d'autres sont en mesure et en situation de réaliser", d'où cette exigence fréquemment retrouvée à l'égard du soignant de devoir être effectivement à cette place. A la limite de cet impératif se situe une interpellation du soignant qui met en cause son rapport à l'employeur et dont la réponse "sécuriserait" l'usager en donnant la certitude qu'il "se fera bien par l'intermédiaire de l'institution psychiatrique ce que lui ne peut pas effectuer", certitude logée dans les noms que portent les différents procès "thérapeutiques". L'usager dit ainsi : "N'êtes-vous pas payé pour faire ceci ou celà ? De quel droit et en fonction de quel pouvoir pouvez-vous affirmer qu'il convienne de faire autre chose ?" Il n'est pas clairement dit que le but recherché est directement en rapport avec la capacité de travail d'un sujet. Il est davantage question d'un désarroi, d'une défaillance, mais qui n'est pas sans recours, puisqu'existent des établissements qui engagent des spécialistes qui sont censés répondre à ce manque. Seul un accord superficiel, terminologique, amène l'identification de ce manque avec cet objet extrêmement précis dans la structure économique que l'employeur fait produire : le soin. Le nom de ce manque est soufflé à l'oreille de l'usager par l'employeur qui l'a appris par les techniciens qu'il rémunère.

43 - Nous devons néanmoins explorer davantage cette relation entre le dire de l'usager et celui bien connu de l'employeur. La condition étant d'admettre que l'usager appartient

à des structures qui déterminent en grande partie son projet et ses intérêts.
Une première liaison à envisager est d'ordre imaginaire, ce qui ne lui ôte pas son efficace. Elle se fait par l'intermédiaire de la "doxa", de l'opinion, dont il est encore à préciser qui la manipule quand elle est publique (26). Il semble que la demande des usagers, comme celle des patients et des familles et comme celle qui est préjugée dans les textes officiels, fait état d'une convention qui prend sa racine dans le bien-fondé probable des techniques, des indications thérapeutiques, des possibilités instrumentales et des "réussites" de la science. A ce titre une place peut être attribuée à chacune des disciplines spéciales en se référant à tout un corps de publications qui défendent la pertinence de leurs points de vue, s'armant éventuellement de la prétendue objectivité de cas minutieusement relatés. Un examen, même rapide, des revues de spécialité ou non, montrera sans peine qu'en aidant un enfant à faire des ronds sur un papier on lui apprend l'écriture, en lui faisant associer le geste à la parole par le moyen d'un jeu de balle on lui remet en place l'image du corps, en écoutant le refrain discret qui chante les aventures de sa lignée on lui restitue sa place symbolique dans une filiation. L'usager sait celà aussi bien que quiconque, et ce domaine dans lequel il fait naviguer sa demande est le domaine commun qui n'est pas forcément d'ignorance. L'opinion se constitue dans le champ psychiatrique d'une juxtaposition de technologies particulières et de spécialités sans poser la question de la cohérence de l'ensemble. Elle se tisse des informations voire de la propagande directement branchées sur des énoncés d'experts. Le même morcellement en différents domaines de la pratique liés à des compétences distinctes se trouve proposé d'un côté par des règles administratives qui imposent une organisation de l'institution selon les catégories professionnelles et de l'autre

est attendu par l'usager comme manifestation concrète de l'opinion qu'il s'est fait du travail psychiatrique. A cette conception technologique s'oppose la pratique institutionnelle "réelle" qui ne peut être conçue comme une addition de techniques disparates. Le premier mouvement de la "réforme" du travail asilaire, la première mise en question de la psychiatrie carcérale s'origine précisément du contraire quand, vers 1940, l'essentiel de son travail se porte sur la fonction de l'infirmier et consiste à montrer l'importance de la relation vécue avec le malade, aux dépens du "soin médical" proprement dit (27).

44 - Une seconde liaison tient au fait qu'une partie du discours de l'usager véhicule celui de son propre employeur. Un employeur qui est, le plus souvent en bout de chaîne, le même que celui du personnel de l'institution psychiatrique publique. Les instituteurs, institutrices et les responsables d'établissements scolaires, par exemple, transmettent dans leur demande les exigences de l'Education Nationale qui définit en "négatif" une organisation souhaitable du travail psychiatrique correspondant au manque de sa structure relatif aux inadaptations de l'enfant. Nous nous souvenons d'une remarque faite par une directrice d'école maternelle au cours d'une réunion avec le personnel du dispensaire cité : "Comme c'est dommage que nous n'appartenions pas à la même administration car finalement nous poursuivons le même but". Nous avions répondu à l'époque que la question nous semblait d'une suffisante complexité pour ne pas pouvoir y répondre dans l'immédiat et nous ne nous sommes pas autorisé, en fonction du contexte, à lui demander de préciser davantage ce qu'elle entendait par là. Celà ne nous empêchait pas de penser qu'une manière de poser la question en inversant les termes eut été plus proche des données de structure : "Comme c'est dommage qu'ayant le même employeur

nous ne poursuivions pas le même but". Nous avions en effet le même employeur, l'Etat, dont nous savons la façon dont il répartit le budget entre les grandes administrations par complémentarité au regard des fins qu'il postule, administrations qui communiquent largement au niveau du département comme les entretiens que nous avons eus avec ses représentants nous le montrèrent, aussi bien ceux de l'Hygiène Mentale que ceux de l'Education Nationale (28). A l'opposé, localement, nous n'avions pas obligatoirement le même but, indépendamment du fait que l'énoncer eût été prématuré. A quelques signes il apparaissait effectivement que le but général indiqué par notre pédagogue correspondait à l'idée "du bien être de l'enfant", de son "épanouissement", de son "adaptation" ou de son "bien-être dans sa peau", "à la mesure des tâches que la société lui imposera", bref à l'idée du sujet au Moi Fort que la psychanalyse a dû ranger dans le cadre des productions imaginaires qui, certes inéluctables, n'en sont pas moins dérisoires au regard des déterminations symboliques du sujet désirant. Il eût été inopportun de mettre dans la partie jouée avec l'usager cette possible disjonction des buts, carte qui à l'expérience pouvait ne pas se révéler être un atout pour le travail dispensorial, et qui consistait en un "démarquage" d'avec cette position de travailler communément au renforcement du moi. Notons, pour reprendre le fil de notre propos, que selon la doxa, tout le monde est censé se mettre d'accord sur la nécessité de concourir à la production de sujets adaptés par l'introjection a-conflictuelle des "patterns" sociaux environnants : Les administrateurs de l'Hygiène Mentale comme ceux de l'Education Nationale, une grande partie du corps médical, la majorité des pédagogues, beaucoup de psychanalystes. Pour nous, refuser nettement d'être de ce groupe, de ceux qui identifient la loi sociale aux convenances d'une habitude qui endort la critique et qui en fait une correction

du langage, eût été conforme à notre projet mais l'énoncer vertement aurait commis l'erreur de croire que la vérité est toujours bonne à dire en tout temps.

45 - Les entretiens individuels avec les usagers n'amenèrent qu'une minime amélioration de la situation matérielle du dispensaire, du fait de l'extrême prudence de nos positions malgré le mécontentement assez général qui nous faisait réception. Ils nous permirent cependant de nous manifester, d'apparaître en personne et nominalement, et de laisser quelques premières traces, à reprendre, de notre existence. Les faibles effets de ces entretiens furent très hétérogènes. Les rencontres avec les assistantes sociales de notre entourage facilitèrent la résolution des conflits imaginaires qui prenaient appui sur de soi-disant "problèmes" de communication qui s'avérèrent entre autres liés à l'absence de travailleur social au dispensaire et à la fixation de nos correspondantes à un mode ancien de travail administratif routinier qui ne répondait pas en fait à leur demande de parole et de "meilleure compréhension" des cas. Les entretiens avec les pédagogues n'eurent aucun effet immédiat. Quant à ceux qui nous amenèrent à discuter avec les médecins ils contribuèrent, pour certains, à dégrader nos rapports, les réticences à l'égard d'un abord psychothérapique des difficultés de l'enfant et de la famille prenant parfois un aspect inquiétant.

46 - La seconde génération de mesures, encore en cours, prise par le collectif, consista à proposer la création de groupes divers : groupes d'activités ou de discussions, d'enfants, d'adolescents, d'adultes, parents ou non. Ces propositions étant faites le plus souvent au cours des rencontres avec l'usager.
Il fut convenu de ne pas donner à la forme de ces groupes une définition trop restreinte : leur caractère thérapeutique ne pouvait être assuré par avance ; leur constitution

était liée à l'intérêt individuel porté par un ou plusieurs soignants pour tel ou tel type de travail, dessin, musique, jeux, rencontres, etc...; leur durée dépendait de leur remise en cause au niveau des réunions de synthèse de l'établissement.

47 - Cette mise en place eut pour effet de favoriser les échanges à l'intérieur même du dispensaire et corrélativement d'établir des clivages à référer aux différents modes de travail des thérapeutes, clivages qui n'en sont pas encore au temps de leur analyse, mais qui de toute manière recouvrent des conflits idéologiques dont le champ principal est la psychanalyse dans son rapport à la psychiatrie (29).

48 - Le discours de l'usager portant sur notre institution dispensoriale fut aussi nettement modifié. Nous ne pouvons entrer dans le détail, citons seulement, en ce qui concerne les usagers-pédagogues, le curieux mode de "retour" des directeurs, des directrices d'école maternelle. Ce retour nous parait avoir été facilité par le fait d'une différence entre d'une part nos modalités de travail fondées sur la théorie freudienne, dangereusement maintenues dans les limites que le collectif s'était fixées, modalités très "insatisfaisantes" pour des enseignants, et d'autre part le fait que les soignants s'étaient manifestés, étaient venus leur parler avec des propositions concrètes assez suffisantes pour marquer la présence du collectif dispensorial. Cette différence entre cette présence marginale et cette insatisfaction centrale autorisa les responsables d'établissement scolaire, à partir de l'idée d'un des leurs et des encouragements de la psychologue scolaire la formulation d'une demande pour venir discuter collectivement de l'ensemble des problèmes avec le personnel de notre institution.

Nous ne saurions retranscrire le contenu de cette assemblée : disons qu'une navigation prudente dans des eaux cachant la nature des fonds nous permit de ne pas nous quitter sur une irréductible mésentente mais sur une ambiguité susceptible d'ouvrir sur un futur travail de groupe dans un cadre encore à préciser (30).

49 - Ces quelques éléments recueillis dans la pratique d'un certain nombre d'institutions nous permettent d'être suffisamment éclairé sur la nécessité de dégager la notion et la fonction d'usager en matière d'hygiène mentale, ceci dans les circonstances que nous avons précisées, c'est-à-dire à l'échelon local, laissant ouverte la question d'une possible généralisation. Cependant et sans que nous voulions proposer une conception nouvelle du fonctionnement de l'institution psychiatrique qui ne serait qu'un ajout à toutes celles qui ont été mises en avant, nous avons été amenés à définir des distinctions qui sous-tendent la pertinence de cette notion d'usager. Nous devons reconnaître que des implications théoriques "viennent avec" la nécessité de distinguer une donnée de la pratique : il s'agit là d'un fait dialectique général. Il nous faut donc revenir sur les premières avec l'espoir qu'elles aideront rétrospectivement à comprendre les secondes qui les ont au départ indiquées. Cette élaboration des repères théoriques consiste en fait à reprendre ce qui peut être défini comme différents types de discours et ce à quoi ils se rapportent, discours entrecroisés en un lieu de référence, lieu portant un nom, lieu-dit qu'est tel ou tel établissement psychiatrique public précis : hôpital, C.M.P.P., E.M.P., dispensaire, centre d'observation etc...

50 - Nous avancerons les cinq termes qui ont été cités au passage dans notre texte : l'usager - le malade (le patient) - le soignant (le thérapeute) - l'employeur - le but poursuivi (la loi d'organisation). Ils sont pour ainsi dire

les éléments toujours exigibles pour comprendre ce que nous avons dit et qui dessinent une sorte de structure minimale du fonctionnement institutionnel tel que nous l'entendons.
Mais il faut à notre avis au moins deux types "croisés" de discours pour justifier la distinction entre ces termes, l'un des discours "barrant" l'autre et le divisant.

51 - Selon notre méthode qui est l'indication de contradictions expérimentées, s'il n'existe qu'un seul mode d'échange, rien ne permet de dire, en se référant évidemment au patient comme "objet" du travail institutionnel, qu'il existe des différences ou des oppositions dans la pratique qui nécessitent de séparer cinq termes : quatre suffisent. Il peut exister en effet un accord entre un employeur qui paye un employé-soignant pour produire un objet : la santé. Le patient constituant la matière de cette production. Il n'y a là aucun motif pour séparer le malade de l'usager puisque tous deux entrent au même titre dans le procès de la production de soins. Ce type d'organisation qui est le discours médical ne suppose pas de distinction entre l'usager et le patient puisqu'une partie de ce dernier est en quelque sorte un usager pour produire ce qui a été perdu : la santé, ici mentale par identification à la physique.

52 - Tout un ensemble de faits tend à confirmer que cette structure doit être considérée comme basale dans la mise en place d'un dispositif psychiatrique public français actuel, quelle que soit l'apparence (31). Aussi bien ce que dit l'état-employeur et son administration dans le cadre des investissements proposés pour la création d'établissements, que la "raison" qui fonde la rémunération des soignants, que la demande de guérison formulée par le patient comme résultat de l'application d'une technique appropriée confirment cette donnée. Il n'est question ici d'aucune subjectivité explicite. Il s'agit d'un processus machinal tout-à-fait en

accord avec celui de la production en général, intensifié et planifié par l'accroissement du mode industriel de fabrication. Dans ce cadre "discours Médical" et "discours du Capital" sont convergents, ou pour mieux dire le premier est la conséquence logique du second : à un mode de production qui nécessite la consommation de la capacité de travail correspond le développement d'un instrument qui est censé la réparer ou la restituer quand elle défaille ou s'épuise.

53 - Il est bien évident que l'institution psychiatrique n'est pas une usine, quoiqu'elle puisse le devenir, mais la structure de l'unité de production nous paraît y être toujours présente au sens où elle y est toujours sous-jacente et constitutive d'un mode de production de soin lié au monde du travail. Soulignons ce point : cette organisation est à situer dans un processus dialectique ou dynamique et comme telle "fonctionne" différemment selon l'état des rapports sociaux à l'échelon local. Les éléments en jeu positionnent les sujets et déterminent matériellement, économiquement, leur existence mais restent une découverte à faire pour ces derniers, la structure étant le plus souvent ignorée. Le premier embryon d'une praxis, notamment politique consiste précisément dans le clair repérage des faits qui la manifestent (32). Ce mouvement est en général facilité quand un conflit apparait dans l'entreprise et contraint chacun à définir sa place. Il en va de même pour les autres éléments de la structure, ceux qui ne recouvrent pas l'organisation du mode de production de soins : ils ne sont pas donnés de façon claire mais doivent "apparaître" et leur manifestation n'est souvent possible que dans la crise et l'urgence (33).

54 - Prenons un exemple du processus d'apparition d'éléments structuraux dans une institution psychiatrique. Soit un petit établissement, de type hôpital de jour pour enfants,

de facture dite moderne, c'est-à-dire comprenant un personnel dans l'ensemble "très formé" par une expérience pluridisciplinaire, clinique, pédagogique et psychanalytique. C'est au départ une petite collectivité de "copains" qui se sont associés pour faire un travail sérieux. La gestion est simple ne nécessitant pas de véritables planifications étant dans les mains du plus habile aidé par la secrétaire, les réunions de synthèses permettant la régulation du système.
Ultérieurement l'institution se développe, la sécurité sociale ayant accordé un prix de journée facilitant cette croissance. Il est bien difficile d'admettre que dans ce cadre, à "l'intérieur" de l'institution, existent des employés et un patron, le seul employeur acceptable étant à la rigueur l'organisme de tutelle, l'administration de la sécurité sociale ou du service d'hygiène sociale du département. En réalité il faut attendre qu'éclate un conflit à la suite d'un important déficit budgétaire pour voir se manifester un employeur parmi les membres du personnel avec l'effet du pouvoir : le licenciement des collègues pour rétablir l'équilibre économique. Ce qui était apparemment un fonctionnement de co-gestion amicale servait d'écran à une structure où les intérêts de chacun étaient bien divergents et s'appuyaient sur des éléments n'ayant que de lointains rapports avec la question posée par les difficultés des enfants pris en charge.

55 - Que l'institution psychiatrique ne soit pas une usine ne signifie pas que l'organisation fondamentale de la production de soins se soit évaporée, mais que la "logique" d'une structure différente est intervenue qui en la "divisant", la rend manifeste dans le temps même où elle institue une différence. C'est par rapport à cette proposition que nous pensons justifier la définition de l'usager comme différente de celle du malade.

56 - Mais l'idée qui vient à l'esprit immédiatement pour opérer la démarcation entre une institution psychiatrique et une usine est une idée d'humaniste qui s'épargne l'effort de se justifier en théorie : le malade n'est pas un objet mais un être humain. Il est hors de propos, voire hors de question, de douter un instant de la subjectivité du patient et de la considérer comme constitutive de la spécificité des organismes et des personnes qui la prennent en charge.

L'affirmation simple d'une subjectivité du patient qui pose l'ineffable du sujet comme la limite infranchissable qui est censée protéger le soignant de toute tentation de manipuler un malade-objet, ne nous semble pas d'une grande utilité. Elle risque au contraire de nous faire passer à côté de la question en fixant une différence de nature imaginaire quand il serait pertinent de la justifier comme réelle (34).

Remarquons que, si la médecine s'avance à définir "l'intouchable" de sa pratique par cette subjectivité du patient qu'elle couvre du secret, elle ne fait que capturer, s'approprier une qualité tout à fait universelle. La pratique du secret professionnel tend d'ailleurs à se manifester généralement comme signe de sérieux dans les affaires, dépassant le cadre des disciplines dites libérales : il n'y a plus un agent immobilier, un représentant de commerce qui n'ait le secret professionnel dans sa panoplie. Il faudrait expliquer pourquoi la reconnaissance de cette fameuse subjectivité dans la confidence est mieux fondée chez le médecin. Notons que l'extraction de ce fait comme fonction et partant son manienent comme élément thérapeutique dans la "relation médecin-malade", ne vient pas de la médecine elle-même mais de la psychanalyse.

57 - Revenons, à propos de la subjectivité, sur le modèle de l'unité de production industrielle. S'il n'y a pas à l'usine de malade ni de médecin, il y a néanmoins des

sujets. La subjectivité de l'ouvrier comme celle du patron est présente et efficace dans l'atelier mais elle est transcrite, exprimée dans le discours des conflits d'intérêts dans la structure instauré par le Capital. Que l'on nomme ce type de discours comme on voudra, l'essentiel est de saisir que tous les éléments exigibles pour fonder une subjectivité y sont présents : un sujet du fait des trois termes que sont un autre, un objet et une loi des échanges. Pour un sujet-ouvrier, l'autre est le patron, la loi des échanges, celle de la production capitaliste et l'objet ce par l'intermédiaire de quoi le capital s'accumule et la machine fonctionne. Celà est tout à fait applicable à l'institution médicale psychiatrique même au prix du scandale pour l'idéalisme. Il n'y a que des modifications à apporter aux noms dans un processus qui obéit à la même loi d'échange que précédemment mais où au lieu de produire directement du capital l'entreprise produit ce qui est la condition de son accumulation, à savoir la santé du travailleur (35).
Notons que dans l'usine, comme dans l'institution psychiatrique cette structure (36) de l'échange qui se referme sur une organisation imposée par le patronat peut néanmoins s'ouvrir du côté du salarié sur une possibilité de déblocage : la création par ce dernier d'une instance dans l'entreprise qui le sortira de son aliénation, la mise en place d'une nouvelle structure d'échange défendant ses seuls intérêts et où l'autre ne sera plus le patron mais l'autre-ouvrier, son semblable. Par ce processus, il sort de la "fascination" par l'employeur en "déchirant" la structure qui lui était imposée. Il est possible que ce mouvement par lequel le sujet peut saisir son aliénation par découpage de la structure ait tout à voir avec le désir et l'accession à l'ordre symbolique tels que la psychanalyse les entend.

58 - Ayant succinctement développé ce point nous ne pensons pas être sorti de la perspective thérapeutique, à moins que le traitement psychiatrique ne soit qu'une chose isolée dont seule la médecine connait la merveille, ce qui renverrait aux mystères d'un chamanisme reconstitué, mais sans que soit possible le repérage de son organisation signifiante, qui par ailleurs le rend digne d'intérêt et ce, faute précisément, de se donner les coordonnées sociales réelles qui le justifient. Nous pensons au contraire que le mouvement qui permet au travailleur de modifier le rapport social dans lequel il est pris au piège est fondamentalement "thérapeutique" comme tout ce qui à partir de la parole adressée à qui peut l'entendre (ici une question de bien choisir "son autre") amène un changement de perspective pour l'action.

59 - Si nous revenons sur les cinq termes qui nous ont servi jusqu'à présent dans l'exposé nous constatons que le discours médical que nous considérons comme constitutif de toute institution psychiatrique ne les nécessitent pas tous, en particulier la distinction usager et malade ne parait pas fondée. Par contre un abord critique de la notion de production de soin aboutit à disjoindre le soignant de la santé mentale de l'employé salarié. Cette distinction signifiant dans la pratique que le soignant est conduit à une problématique nouvelle qui lui permet de questionner sa position par rapport à la notion de soin qu'il est censé produire, de salaire, de bénéfice, etc... Critique qui va suffisamment loin pour donner des racines aux mouvements anti-psychiatriques actuels, associés aux considérations philosophiques qui alimentent leur raccord avec les questions de la liberté et du contenu révolutionnaire du discours de la folie.
L'important ici est que, si le mouvement de critique matérialiste dialectique nécessite un découpage nouveau des

éléments en jeu dans le procès de production et notamment l'apparition d'une possible rupture entre la position du soignant et celle de l'employé de la santé, il ne conduit pas à faire la distinction entre le patient et l'usager. La notion de soin n'est pas mise en question elle-même, mais seulement son mode de production et ses rapports avec l'organisation des échanges dans le cadre d'un agencement social donné dont les fins sont déterminables et comme telles éventuellement en contradiction avec les intérêts des travailleurs et des malades. Dans cet ensemble les notions d'usager et de patient sont réversibles et l'on peut indifféremment nommer une même position par l'un ou l'autre terme. Cette équivalence d'emploi est courante voire renforcée dans l'analyse de la fonction de la santé publique : le malade est l'usager du dispositif psychiatrique par un droit à la santé que lui ouvre sa citoyenneté et son travail, il verse une part de ses gains à des organismes d'assurance pour une garantie couvrant un risque. La maladie advenant comme déficit, un contrat justifie une demande légitime de réparation. L'entourage social du malade, composé de ceux que certains auteurs psychiatriques contemporains (38) nomment "médiateurs", ne font que l'inciter à faire valoir ce droit en l'encourageant à se soigner et en le branchant sur le dispositif d'accueil. Dans le domaine de l'hygiène mentale cet entourage social fait une traduction de la souffrance du malade dans le langage du dispositif en utilisant le code médical, le seul précisément qui donne accès aux soins. Tous les praticiens connaissent cette satisfaction qu'expriment les "correspondants" et les "médiateurs" quand ils ont réussi à persuader un "délirant" ou un "alcoolique" d'aller consulter ou de se faire soigner, en livrant la suite aux compétences des techniciens de la santé.

60 - C'est d'un autre type de discours que provient, à notre avis, la nécessaire distinction entre le patient et l'usager dans l'institution psychiatrique contemporaine : le discours psychanalytique. Ce discours s'inaugure de la découverte de l'Inconscient par Freud, en 1900 pour fixer un repère. C'est pourquoi ce ne peut être qu'à partir d'elle qu'il y a lieu de parler d'institution psychiatrique "contemporaine", en comptant le délai requis pour un cheminement dans le milieu psychiatrique classique logiquement réticent à se laisser subvertir par une découverte l'amenant à renoncer à l'exclusivité de son savoir sur la folie. 1945 marque le tournant où toute institution psychiatrique, négativement ou positivement, est confrontée à l'expérience psychanalytique.

61 - Mais qu'un établissement psychiatrique "emploie" des psychanalystes ne veut pas dire grand chose, celà ne fait qu'affirmer qu'il se prête, comme lieu, à une rencontre, laissant problématique son issue. Il se peut que la psychanalyse, en contradiction avec son projet, soit absorbée par l'institution en tant que technique supplémentaire, la privant par ce biais de la portée révolutionnaire qui la fonde.

62 - A partir d'elle, pour nous, se définit dans l'institution psychiatrique la question de la mise en place d'une fonction radicalement nouvelle : celle de l'analysant (Cf. Note 10). Il s'agit là de la position d'un sujet qui s'engage dans la cure psychanalytique avec (et peut-être seulement chez) un analyste et qui au terme du procès, pourra se qualifier d'analysé relativement à un état actuel de l'évolution d'une science. Nous n'allons pas développer ce point, mais tenter de situer suffisamment cette position de l'analysant et sa fonction par rapport à l'institution psychiatrique.

Nous devons à Freud, paradoxalement, la transformation profonde de l'institution psychiatrique, alors même qu'inventant la psychanalyse il le fait d'une séparation tranchée avec elle. Ce qui se manifeste là, en fait, comme extérieur à la psychiatrie et fondé sur des éléments qui ne la concernent pas ou qu'elle ignore réapparait historiquement à l'intérieur même de sa pratique pour ceux qui se posent la question de la parole et du désir de qui, jusqu'alors, ne pouvait être que malade.
Un mouvement psychiatrique continu, à partir de 1945, consiste à restituer la parole au patient dans l'institution hospitalière existante, au nom de la découverte de l'Inconscient, que les promoteurs du mouvement soient psychanalystes ou pas. A partir de là et en théorie, dès que le malade est pris dans le filet de l'organisation psychiatrique, asilaire notamment, et malgré elle, il a droit à la parole. C'est tout au plus un pari, mais il suscite la Création de structures minimales, "psychothérapiques", ayant pour modèle la psychanalyse ou les dérivés qui la trahissent. Il s'agit moins de l'achat d'un certain nombre de divans que de la mise en place de systèmes de réunions, de groupes ou d'activités fondées sur la nécessité d'accueillir et d'écouter l'histoire d'un sujet dans le témoignage de sa parole. Ce pas qui se décide à valider la parole du patient ouvre nécessairement la problématique de sa position comme malade en lui indiquant le chemin de l'analyse.

63 - Dans l'organisation déjà existante de l'institution psychiatrique classique, suffisamment décrite par les critiques comme étant celle du renfermement asilaire et de l'usine à rendre silencieux les fous et les débiles, et où la production de soin se laisse aller à son impossible et donc au minimum du coût à autoriser pour la subsistance des invalides, s'insinue, se matérialise une ouverture par

laquelle le soignant aurait la possibilité de se situer autrement par rapport à son "objet", le malade. La structure se "déchire" par l'intervention de ce possible lié au mouvement psychanalytique, et à ceux, parmi les psychiatres, qui acceptèrent de porter la responsabilité de le pousser à la roue (39) indépendamment des suites divergentes qu'ils ont pu donner à l'évènement.

64 - Rien ne permet cependant de dire qu'à partir de là, une forme d'institution vient en remplacer une autre ou qu'une nouvelle structure est créée, que l'institution psychanalytique ou psychothérapique apparait. L'asile est à notre avis toujours donné dans n'importe quelle institution psychiatrique, quelle que soit la "réforme " qui en modifie l'organisation ou la parure qui lui donne une apparence autre. La raison nous semble être que la structure asilaire se fonde des rapports économiques existants qui mettent la psychiatrie et son savoir dans une relation au malade mental ou à l'inadapté social telle que l'hôpital psychiatrique et ses succédannés, centres de cures ambulatoires ou de jour pour enfants, adolescents ou adultes, sont la seule forme accessible pour la pratique publique, le terme de psychiatrie de secteur ne changeant rien à l'affaire. A moins de se décider pour la mise en place d'organismes "purement privés", dont il faudrait d'ailleurs déterminer comment ils peuvent être réellement "décrochés" des réalités économiques communes; il est toujours nécessaire pour des soignants qui veulent être rétribués pour leur travail, de se soumettre aux normes de la distribution des crédits comme en décident l'Etat et son administration dans la situation actuelle.

65 - Le problème de l'exercice de la psychanalyse dans une institution psychiatrique est à situer, en partie, par rapport à ces contraintes et le discours psychanalytique qui apparait dans la réalité économique de l'institution ne peut

l'annuler ni la rendre inopérante par quelqu'incantation. Il est cependant nécessaire d'envisager l'éventualité d'une incompatibilité totale entre tel ou tel type d'exercice de la psychiatrie et celui de la pratique freudienne, mais cette question ne peut être réglée à priori. Nous nous affirmons contre une tendance qui, par principe, opposerait psychiatrie et psychanalyse comme pratiques incompatibles dans un même établissement. A l'opposé, il est certainement opportun de préciser ce qui est susceptible de les rendre co-extensives à partir de leurs champs théorico-pratiques respectifs. Sur ce point peu de choses ont été dites.

La difficulté provient, à notre sens, d'une implication du matérialisme dans la question. Nous savons que la pratique du matérialisme requiert une approche spécifique : celle de l'analyse dialectique scientifique des contradictions, psychanalyse et psychiatrie n'échappant pas à son domaine, sauf à s'en exclure au nom de l'idéalisme.

Par rapport au matérialisme, psychiatrie et psychanalyse n'ont pas historiquement la même position : la psychiatrie peut s'y croire plus à l'aise actuellement. Comme branche de la médecine elle peut se débarrasser de l'hypothèse de l'âme, le repli neuro-réflexologique pouvant, à la rigueur, servir de justification scientifique quant au fait mental. Comme pratique institutionnelle elle peut tenir son vecteur révolutionnaire d'une Critique des approches de son objet spécifique, la folie, et en démonter le mécanisme sociologique. Sur les décombres du philanthropisme pinélien, à l'aide d'un mécanicisme organiciste à peine remanié, il lui est possible de bâtir une "psychiatrie matérialiste" qui injecterait dans sa doctrine le concept d'Inconscient, éventuellement collectif, en tant que machine réelle contenant les déterminations socio-économiques. Par ce biais les réalités que Marx a extrait de l'expérience pourraient rejoindre celles que Freud a mises

à jour. En reconvertissant ou retraduisant la pratique psychanalytique, ce qui est spécifique au procédé de son exploration, le cadre de la cure, peut être renvoyé comme "technique de transition" à la guérison des névroses bourgeoises. La psychanalyse est, par rapport au matérialisme, dans une position plus ambiguë, que son ancrage "forcé" dans une technique qui la livre à la "pratique libérale privée" ne contribue pas à rendre plus facile à délier. Une appartenance logique à la chose institutionnelle publique pourrait la sortir d'un préjugé d'idéalisme. Nous disons : son appartenance logique et non pas un acte charitable qui cacherait une visée de dédouanement de cet or que pourrait être la pratique privée.

66 - Nous pensons que la praxis de la psychanalyse montre son appartenance au champ matérialiste et que par là même l'effet de son intervention sur le discours psychiatrique permet de dégager la notion d'usager comme étant propre à ce dernier ; le conflit matérialisme-idéalisme habite en permanence et inéluctablement la pratique psychanalytique. Freud avait déjà fondamentalement orienté cette pratique dans la direction du matérialisme, en la constituant comme science, avec ce que ceci implique scandaleusement de calcul tactique et de rigueur expérimentale (40). Ce qui n'empêche pas de maintenir la vigilance nécessaire au dépistage d'une déviation idéaliste renaissant répétivement d'une interprétation erronée du fantasme, par renforcement de sa composante imaginaire au détriment de sa valeur articulatoire avec le social. A ce prix le fantasme n'est pas plus individuel que collectif, mais le bord réel qui rapporte la logique des échanges sociaux au désir du sujet. Point n'est besoin d'aller bien loin dans l'expérience de la cure pour reconnaître que le fantasme témoigne, dans les affects d'attente, d'angoisse, d'étrangeté voire de dépersonnalisation, d'une incertitude quant aux déterminants sociaux.

En insistant sur ce fait, la psychanalyse ne peut être en contradiction avec le matérialisme. A l'inverse sa praxis va, non seulement dans le sens de l'analyse dialectique, mais la pénètre d'une critique concernant la fonction aliénante de l'idéal et des enclaves passionnelles qui tendent à réifier des virtualités, à édifier des écrans protecteurs, à entraver le mouvement de l'objectivation. En méconnaissant cette fonction nous ne faisons que renforcer la négation des éléments constitutifs de l'asile, à savoir ce pourquoi le soignant est payé par l'état pour produire au niveau de celui qui est nommé malade mental un certain objet qui est le soin. Cette méconnaissance nous paraît assez courante dans les institutions qui engagent des psychanalystes : en leur demandant de pratiquer, dans leur coin, des cures individuelles, ils sont en fait payés pour se taire sur la problématique de leur rapport avec l'institution. Nous rappelons la pertinence "des deux points d'ancrage théorique" posés comme fondations de la Société de Psychothérapie Institutionnelle en 1963 à la suite des travaux du G.T. Psy. et qui sont : "D'une part une orientation analytique freudienne, d'autre part une position matérialiste au sens marxiste : l'insertion dans le monde économique étant une des dimensions majeures des institutions de soins, une réflexion qui négligerait cette dimension de l'analyse ne saurait s'articulier avec les principes de la psychothérapie institutionnelle" (41). Pertinence non pas parce qu'il s'agit de prendre suffisamment parti sur le plan idéologique, mais en raison directe avec l'impossibilité d'évacuer les contradictions inhérentes à la situation objective de l'institution psychiatrique. Il est question d'une nécessité qui impose l'analyse matérialiste pour rendre possible l'abord psychanalytique, c'est-à-dire pour que la question même de son existence dans l'institution puisse se poser. Rien n'est plus contraire à ce projet que l'addition de deux pratiques, une addition qui en fait les annule toutes deux comme la soi-disant pratique d'une psychanalyse "à l'intérieur" de l'institution

calquée sur ce qu'elle est dans le privé sert à masquer, à annuler la vérité de son inefficace. La psychanalyse ne sert ici que d'alibi à une "bonne conscience institutionnelle" qui pense qu'à ce prix il n'y a pas de motifs d'interpellation quant à sa place dans le circuit des échanges, tout se passant entre l'analyste et son patient. Si la psychanalyse n'apporte pas au premier chef à l'institution l'application de son modèle, la cure, même s'il est sa référence, c'est parce qu'elle renvoie d'abord à l'analyse matérialiste comme condition de sa propre pratique dans le cadre du collectif.

67 - Nous ne faisons que reprendre là, sous une autre forme, ce que nous entendons dans le fait que la survenue du discours freudien au niveau de l'institution apporte un terme nouveau, non pour simplement l'ajouter mais pour le faire entrer dans le jeu avec l'effet de provoquer l'analyse de la structure existante. La question de sa place, aléatoire, est liée aux conséquences qu'il provoque,avec la psychanalyse il s'agit de tenir compte du sujet, du Es freudien, là auparavant où il n'y avait que le malade, de tenir compte de la parole qui le repère et du désir qui le cause. Mais la situation ne l'implique pas naturellement et le premier travail, la première opération du discours psychanalytique est de tenter de le rendre possible en disjoignant les éléments concrets déjà existants dans la structure. Ceci signifie qu'au moment où pourra apparaître le sujet parlant et désirant, en référence à la position d'analysant, nous ne nous trouverons pas, en théorie, avec un élément en plus mais avec le découpage, le dédoublement de tous les autres : s'il existe un soigné qui se "met à parler" et se situe comme analysant il ne pourra que s'adresser à cet autre qu'est l'analyste (pas obligatoirement celui qui en porte le titre) à moins que cet autre n'existant pas dans la structure le patient n'ait d'autre issue qu'un retour au silence.

De même en l'occurence y aura-t-il nécessité de faire des différences entre les types de groupes et de réunions.
Nous n'avons donc plus affaire à une organisation où le discours se rabat sur les quatre termes de la production médicale, mais à une remise en cause des termes du code. La psychanalyse ouvre des "vacuoles" (42), introduit des failles dans un circuit d'échange fermé sur lui-même et ignoré. Si un infirmier "se met à écouter le malade" ne se pose-t-il pas la question de savoir s'il est payé pour çà. Et si réciproquement, comme c'est son premier travail, le psychanalyste doit soutenir le projet d'écoute du soignant, ne se pose-t-il pas la question de savoir si ce ne sont d'abord les "conditions de travail" du soignant qui pour se faire doivent changer ?

68 - Dans ce mouvement dialectique, ce n'est donc pas étonnant qu'un des premiers effets de l'analyse matérialiste provoquée par des psychanalystes fut la création ou la demande de création de clubs, coopératives ou organismes similaires gérés par les patients. Celà tient à la même exigence de "décodage" des enkystements symptomatiques et aliénants de la structure asilaire. Il était urgent en effet, pour sortir de l'impasse de constater une contradiction, celle qui dans un de ses termes posait l'exclusion des malades du circuit économique commun, légalement, puisque frappés d'incapacité par la folie, et dans un autre terme affirmait que l'institution elle-même trouvait ses racines dans les mêmes exigences socio-économiques, telles que les véhiculait le discours des soignants. A défaut de ne pouvoir dissocier les deux termes par le biais de l'organisation institutionnelle, les patients ne pouvaient avoir accès au social qu'en "habitant" le discours des soignants (leurs problèmes de salaire, d'horaire, de rivalité, entre autres) soit par la complicité d'une permission séductrice soit par la quête des raisons d'un interdit. La mise en

place d'une instance dont la responsabilité donnerait éventuellement accès au registre social était la première chance donnée pour un démontage du mécanisme.
La fonction première de la psychanalyse dans l'institution psychiatrique ne nous paraît pas être de prouver que l'on y peut pratiquer des cures terminables, mais de favoriser, de promouvoir ou de précipiter l'analyse des conditions matérielles d'une pratique confuse où sont articulés les rapports employeur-employé, soignant-soigné, employé-soignant, soigné-employé etc... Elle peut prendre pour but, comme dans la cure, de dénouer les blocages, enclaves ou fixations qui comme "symptômes" de l'institution paralysent les échanges. S'il advient que dans le "jeu" ainsi produit, dans les "vacuoles" ainsi apparues, place est faite au psychanalyste pour qu'un dire lui soit particulièrement adressé ouvrant sur le décodage d'un transfert, c'est une prime et la fin ne fait que témoigner de la légitimité du début.

69 - Si nous admettons qu'une nouvelle problématique apparait du fait de l'intervention de la psychanalyse sur l'organisation médicale considérée comme base de toute institution psychiatrique, nous pouvons donner un schéma métaphorique de ce que nous avons avancé sous la forme d'un minimum d'éléments structuraux requis pour situer sa dialectique.
La géométrie simple fera l'affaire : elle nous permet de définir un axe principal dont l'organisation obéit à la loi de la production de soin et sur lequel se placent les quatre termes classiques : L'employeur, le soignant, l'objet à produire, la loi d'échange.
Cet axe est croisé à l'endroit où il joint le soignant au soigné par la direction de ce que nous conviendrons d'appeler le "discours psychanalytique" et dont la loi d'organisation correspond à cette production (ou anti-production)

définie par Freud comme "Wo Es war soll ich werden" (43). Le lien nouveau établi par la mise en place de nouveaux termes, analyste et analysant, vient dédoubler la relation soignant-soigné, elle ne la supprime pas. L'objectivation de ce dédoublement conduit à penser qu'à partir de lui "un frayage" s'établit et parcourt la structure médicale comme remise en cause de l'ensemble de ses termes. Il aboutit à l'émergences de conflits dans l'organisation et la pratique dont la résolution est une partie du travail institutionnel.

70 - Remarquons, qu'à poursuivre la métaphore géométrique, qui en vaut une autre, cette rencontre de deux axes, leur croisement, fait apparaître un angle. Si l'on sait combien, au regard de la dialectique cette rencontre est incertaine tant vient y naître du mouvement et tant son issue est imprévisible, il n'est peut-être pas sans intérêt de rappeler que cette notion d'angle est conforme au matérialisme antique, notamment celui d'Epicure. Celui-ci semble précisément concevoir le mouvement comme "déclinaison" de la matière (44).
La structure "linéaire" du discours médical, qui n'est qu'une variété de l'organisation de la production en général dans un type de société donnée, n'offre en elle-même aucun mouvement du sujet. Elle l'anéantit en le fixant comme élément stable, même s'il est "en circulation". Pour qu'apparaisse le premier état d'une sorte de vibration qui viendra le mettre en cause, permettra la sortie du piège, il paraît nécessaire que naisse un "écart", une "différence" lié à l'intervention d'un facteur étranger. Ce n'est pas pour rien que certains, qui s'intéressent à la chose institutionnelle, insistent sur l'aération du dispositif, la création de place vide ou libre, de creux, de courbes etc... Selon la métaphore topologique, le mouvement se manifeste d'un angle né d'un écart entre des lignes de forces. Le "clinamen" d'Epicure, cet "angle dans l'atome",

est une image conforme à la description du mouvement, c'est à dire l'apparition d'une problématique, d'un questionnement, d'une dialectique. La "nature" de l'axe importe plus ou moins, l'essentiel étant qu'il fasse "décliner", sépare, clive ou dédouble pour permettre au sujet de se situer.
Dans l'institution psychiatrique, toute critique cohérente, tout travail de modification, "apporte" ce questionnement par l'angle qu'elle détermine dans le "topos", le lieu qu'elle découvre (45). La majeure partie de la littérature psychiatrique depuis dix ans est à notre avis faite de ces tentatives d'ouverture, de ces perspectives critiques, de ces décentrements de la pratique. Mais si leurs points d'origine sont multiples, "scientifiques", "philosophiques", "politiques", "moraux", les deux abords marxistes et psychanalytiques freudiens nous paraissent seuls efficients car co-extensifs à la matière même de la psychiatrie, faite d'un côté d'une position de la société à l'égard de la folie qu'elle capte dans le discours médical, et de l'autre de ce qui se manifeste de l'Inconscient par la folie.

71 - La psychanalyse nous paraît être un des axes privilégiés de la création de cet "angle de déclinaison" de l'institution psychiatrique contemporaine. A partir d'elle le discours médical peut se mouvoir dans des questions qui "morcellent" ses termes. Logiquement nous devrions pouvoir répertorier ces dédoublements d'éléments.
Notons quelques questions :
L'employeur n'est plus seulement de "santé mentale", il devient un organisme payeur d'instances susceptibles de faire advenir la parole ?
Le soignant n'est plus seulement médecin, infirmier, éducateur, il peut être analyste (de et dans l'institution) ?
L'objet à produire n'est plus seulement le soin, devenu

objet mythique d'un besoin imaginaire, c'est aussi le sujet désirant ?
Le malade n'est plus seulement la chose passive au moyen de laquelle s'opère la transaction, il devient le témoin et l'agent d'un processus qui, exigeant de lui l'émergence du désir, l'établit comme analysant et l'amène à prendre la mesure de l'institution dont il est un élément constitutif ?

72 - C'est par rapport à cette dernière proposition que nait la distinction que nous avons proposée entre l'usager, qui n'est pas l'analysant en ce lieu qu'est l'institution psychiatrique, et le malade qu'il y adresse et pour lequel se pose la question de le devenir, en fonction de cet angle qui, pour l'institution de référence, s'établit, ou ne s'établit pas, d'une intersection entre le discours médical et le discours psychanalytique.

Ce long détour par la définition d'un minimum d'éléments rendant compte, à notre manière, du fonctionnement de l'institution psychiatrique nous est nécessaire pour reprendre la notion d'usager, telle que nous voulons la préciser, à des fins pratiques, même si le caractère opératoire du concept n'est que transitoire.

73 - Mis à part quelques exceptions, la plupart des usagers ont une demande de type médical pour un sujet considéré comme malade, et ce dernier la véhicule. La demande du patient, qui est elle aussi fréquemment une demande de soin et non une demande d'analyse, se double de celle de l'usager, quand elle n'est pas conditionnée par elle. Nous devons constater que ces demandes alimentent en général l'appareil et le discours médical, sans poser d'autre question au départ. Nous savons qu'une machine médicale bien rodée répond adéquatement à ces demandes et peut "tourner" ainsi indéfiniment à l'apparente satisfaction de tous. Les établissements psychiatriques qui fonctionnent de cette façon

pratiquent la "division du travail", c'est à dire la répartition des tâches spécifiques en rapport avec les compétences technologiques de chacun, y compris la psychanalyse. A partir d'un certain état d'équilibre l'institution s'immobilise dans un type d'échange stable entre les employés de la santé mentale et les usagers. Nous avons vu que dans ce système, il n'y a pas lieu de faire la distinction usager-malade, l'usager n'étant que la partie saine du malade. Ceci nous a amené à dire que c'est par rapport à l'angle formé par la rencontre incertaine et conflictuelle quant à son issue, entre discours médical et "discours critique" ou "subversif" quelqu'en soit la nature, mais surtout psychanalytique de fait, qu'apparait l'usager en tant que fonction supportée par des sujets différents des patients pour lesquels se posent la question d'entreprendre avec les soignants des relations de parole et de désir dans le transfert.

74 - Pour un établissement psychiatrique donné, situé dans les conditions déterminées, n'être pas une institution "rare", "pilote" ou "protégée" (cf. N° 28), toute mobilité de fonctionnement que nous attribuons à l'existence d'un travail interne de critique de la structure médicale toujours présente, fait apparaître "alentour" une position de sujets ayant affaire à l'institution et que nous nommons les usagers. Autrement dit, un établissement médical strict, technologique, par exemple un centre chirurgical, n'a pas à proprement parler d'environnement social, à moins qu'il n'ait des "problèmes internes" perceptibles par l'entourage. Il est un simple rouage dans un mécanisme de production plus vaste qui détermine son fonctionnement.

75 - Nous avons insisté sur la congruence des deux approches marxiste et psychanalytique dans le cadre plus général de l'analyse matérialiste concernant l'institution psychiatrique,

mais notre expérience se réfère surtout à des établissements ayant davantage tenté une vectorisation psychanalytique. Il nous parait néanmoins probable que les effets de la remise en cause de type marxiste sont tout à fait comparables quand à la constitution de la fonction de l'usager.

76 - Les effets en retour d'une réponse ou d'une non réponse, ainsi que leurs modalités, à la demande de l'usager, modifient la position de celui-ci vis à vis de l'institution psychiatrique. Ils nous paraissent vérifier notre proposition concernant la place de l'usager dans l'angle pouvant exister dans l'institution entre discours psychanalytique et discours médical. L'usager, s'il est méconnu comme tel, s'il est déplacé du lieu d'où il parle, renforce ses exigences de rectification du fonctionnement institutionnel : il tente de refermer l'angle et de ralentir le mouvement de critique institutionnelle interne. Et si, contrairement à la perception du fait, l'institution maintient fermement son cap, l'usager désinvestit celle-ci en la privant de sa clientèle, ce qui met son existence en jeu.
Nous avons toujours constaté ce mouvement chez l'usager, dans des circonstances que nous avons antérieurement précisées. Nous devons néanmoins faire l'hypothèse de son lien avec une "tendance générale" s'opposant au changement, conformément à ce que Freud a pu définir d'une part comme résistance sociale à la psychanalyse, résistance qui, d'être toujours de mise, le conduisait à mener avec une grande prudence la "politique d'extension" de la pratique psychanalytique et d'autre part, à partir de 1916, comme "pulsion de mort".

77 - Cette présentation théorique, trop schématique, de la place et de la fonction de l'usager, par rapport à l'institution

psychiatrique critique, nous autorise-t-elle à poser la question d'une pratique institutionnelle traitant cette affaire ?
Nous devons convenir que cette question a déjà été abordée par d'autres chemins dans la pratique et la littérature psychiatrique contemporaine.

78 - Les textes sur la politique de secteur, tels qu'ils en définissent le cadre par l'arrêté et les circulaires ministérielles de 1972, ne négligent pas le traitement du rapport entre le socius et l'institution psychiatrique. Ils en font, au contraire la référence centrale de l'activité psychiatrique. Mais ce projet se justifie intégralement de la structure médicale : c'est une intervention d'hygiéniste et la constitution d'un appareil de prophylaxie et de dépistage par l'application d'un savoir qui doit être transmis aux plus mal informés.
Nous pouvons être certains de son succès car les usagers n'attendent que celà, la psychiatrie sociale s'apprêtant à leur offrir ce qui leur manque imaginairement. Il n'y a là aucune matière à questionner, puisque : "si tous les fous sont des malades alors il n'y a qu'à les soigner". Et l'usager n'a aucune raison de s'opposer à un processus qui valide un discours facilement accessible ou habitable à moindre frais.
Le projet prophylactique est à côté de la question posée, en considérant le problème comme résolu dans le cadre d'un consensus mythique entre l'usager et l'institution psychiatrique. Tout le monde est censé parler de la même chose : de la maladie, de l'inadaptation, des difficultés de l'enfant et de la famille, le discours médical étant en mesure d'en rendre suffisamment compte.

79 - Les projets particuliers de psychiatrie "communautaire"ou de psychiatrie "dans la cité" sont différents, quoique pouvant, pour certains s'intégrer au projet sectoriel sans

grande contradiction. Les plus originaux ne sont pas d'origine médico-légale mais liés au développement d'une conception de la psychiatrie comme discipline s'occupant de "désaliénation" et s'y consacrant en allant aux racines sociales du processus. C'est à partir de cette thèse d'un "psychiatre désaliéniste" (47) qui a pris conscience de ce qu'il peut apporter dans le champ social en retour de la critique qu'il fait de sa position historique vis à vis de la folie, que peut naître un projet "subversif" qui va loin. En dehors des formes médicales d'une psychiatrie communautaire réformiste qui irait porter au domicile du malade la meilleure façon de savoir s'accommoder de la réalité en l'introjectant, individuellement, en groupe ou en famille, il s'agit en fait d'anti-psychiatrie. Cette conception a le mérite de vouloir aller au fond de la question, sa praxis authentique étant avant tout d'ordre politique.
Il est bien difficile de préciser ici la position de l'usager. Sa demande n'est plus traitée par rapport à une structure médicale qui la sous-tend éventuellement et qu'il convient de mesurer même si elle l'aliène, mais directement référer à la dialectique des données concrètes matérielles dans lequel il s'insère quand il est pour quelque chose dans la situation du "malade" : cas de l'analyse "sur le terrain" sans exclusive, soit au contraire exclue en tant qu'aliénante, le patient ne pouvant "guérir" qu'à en être séparé : cas de la fondation de "néo-sociétés thérapeutiques".

80 - De ces exemples, nous pouvons retenir que la demande de l'usager, constituante de l'environnement social d'une institution psychiatrique donnée, n'est pas confronté à la contradiction interne qui anime l'institution "critique". Dans les deux cas, psychiatrie de secteur et anti-psychiatrie, opposés quant à leurs formes extrêmes, il n'y a qu'un axe de référence : pour l'une une perspective médicale

stricte, même si elle est "aménagée" par des "ouvertures" tenant compte des techniques "les plus modernes", psychothérapiques et de groupes et pour l'autre un axe politique, au sens où seuls sont traités les rapports du sujet au processus d'invalidation socio-économique, tel que le véhicule par exemple les idéologies familiales, scolaires ou professionnelles coercitives.
Par ailleurs, aucune des deux voies proposées pour la solution du rapport socius-institution psychiatrique ne focalise la pratique sur la psychanalyse. Celle-ci n'est que d'appoint marginal, technique spécifique ou simple déclaration d'intention quant à l'importance du fait sexuel. La psychanalyse n'apparait pas comme fondamentalement et matériellement critique. L'argument qui minimise sa fonction tenant à cette singularité qu'il n'existe pas plus de psychanalyse collective qu'il n'existe de psychanalyse à domicile, les deux "insuffisances" réduisant la psychanalyse à n'être qu'une pratique libérale de cabinet. C'est peut-être négliger, à des fins peu déchiffrables, la portée d'une implication matérialiste de sa pratique. Les "grands courants" de la psychiatrie contemporaine ne font pas avancer la question. Ils se maintiennent dans les conditions que nous avons précédemment décrites comme ne permettant pas la mise en place de ses données : la psychiatrie "médicale" comme l'anti-psychiatrie ne sont pas, ou très rarement, en rapport avec les faits locaux concrets. A un point tel, à notre avis et en fonction de notre expérience, que c'est au nom de la seconde considérée comme "anarchique" et délinquante (48) que la première annonce quelques intentions de s'installer "en force" là où la "subversion" n'est que travail de critique et originalité.

81 - Peut-être est-il plus intéressant de reprendre ce fait de notre pratique que toute apparition d'un "angle critique" à l'intérieur d'une institution fait naître, tout au moins

dans un premier temps, une résistance extérieure que nous avons qualifiée de fonction de l'usager. Il s'agit d'une force de sens contraire qui tend à refermer cet angle, à ralentir le mouvement, à supprimer l'ouverture. Le seul intérêt de cette métaphore géométrique ou mécanique est d'être une première indication des effets possibles d'une démarche faite par le collectif soignant en direction de l'usager. Il nous paraît certain que toute "action médicale", qu'elle soit de dépistage, d'information, d'éducation, va à l'encontre du projet de mobilisation institutionnelle en renforçant la composante "technologique" de la demande de l'usager. Si celà n'est pas évident pour un établissement qui "tourne rond" dans l'échange des patients avec son entourage, dès qu'une insistance critique apparait pour les soignants concernant le sens de ce qu'ils peuvent bien "faire" avec les malades, le phénomène se manifeste, paradoxalement. Plus ils veulent rassurer leurs usagers en insistant sur la conservation du vecteur médical et plus ceux-ci y engouffrent leur demande et plus il est difficile de modifier la relation. Le désir de conserver la clientèle ne fait que désavouer davantage la pratique.

82 - Il s'agit en fait d'inventer les moyens et les structures nouvelles qui permettent la rencontre avec l'usager sans refermer l'angle critique interne. Du temps de travail institutionnel est requis pour dégager collectivement une idée cohérente de la "tactique" à employer et qui dépend toujours des coordonnées locales. Nous n'avons pas de solution à proposer. Mais une ligne de réflexion pourrait amener à dire qu'il n'y a pas "d'application" possible du travail des soignants sur la demande de l'usager. Entendons par là que les soignants ne peuvent pas faire "passer" d'emblée le sens de leur travail de questionnement aux usagers sans qu'une traduction dans le registre de la

justification, du compte rendu de l'incomplétude suspecte, ne vienne en déformer l'authenticité. Il n'y a pas d'autre recours que la mise en place d'un "ailleurs", d'une structure marginale d'échanges, a-psychiatrique. Si, pour ce "bord" de l'institution, à priori n'importe quoi fait l'affaire, ce n'importe quoi se définit de n'être pas médical, ou de l'être seulement de l'extérieur institutionnel.
Dans ce cadre, il est peut-être possible d'aborder la question des rapports entre l'usager et le travail institutionnel, sans totaliser les effets de cette élaboration.

83 - La forme que pourrait prendre de telles zones est assez indifférente ; réunions, groupes, assemblées, entretiens individuels, rencontres au ciné-club ou au café : ce caractère de marginalité étant en lui-même une contradiction. Il s'agit d'une marginalité qui place les sujets dans le domaine commun. Là où l'enjeu n'est pas "le fonctionnement institutionnel" celui-ci peut être abordé plus paisiblement.
Une question se pose, au regard de cette "banalité" de l'échange dont le scandale n'a d'égal que l'implication de la sexualité dans tout acte humain. Est-il pertinent d'"institutionnaliser", au sens de légaliser de telles structures, comme le sont les clubs, coopératives ou associations de malades, ou d'usagers (!) ? Nous pensons personnellement que la normalisation de telles instances aurait pour conséquence de mettre fin au processus critique. Il est néanmoins possible que certaines d'entre elles nécessitent au moment opportun une officialisation et l'intervention de règles de gestion économique, mais celà fait à la fois fonction de déplacement et de progression dans le processus de transformation. En d'autres termes, un temps dans l'évolution des rapports vient à se marquer nécessairement de cette façon, mais du même coup le "lieu" de la critique dialectique s'est déplacé.

84 - Nous terminons en évoquant un problème clinique général en rapport direct avec la notion d'usager : celui de la famille.

Dire ce problème clinique ne tient qu'à l'importance du discours familial dans celui du patient, transportant l'essentiel de ses déterminations signifiantes dont la valeur d'aliénation est à déterminer, en rapport avec l'inscription dans son corps de l'état social ambiant (49).

Les établissements pédo-psychiatriques sont en permanence concernés par la question, elle se pose dans les termes de ce qu'il convient d'entreprendre avec les parents d'un enfant pour qui la consultation a été demandée. Les positions théoriques et pratiques à cet égard sont divergentes et signifiantes d'"écoles" et d'idéologies. Pour les uns par exemple, il n'est pas souhaitable de considérer les parents comme des patients, de crainte de les "culpabiliser" dans le fantasme de la faute éducative, pour les autres, il est absolument nécessaire de faire évoluer la situation parentale pour que la "cure" de l'enfant ait quelqu'effet. Pour les uns la séparation d'avec les parents est toujours indiquée, pour les autres le maintien dans le milieu familial doit être possible dans la plupart des cas. Nous laissons de côté la position "éclectique" qui est une manière d'éviter la question (50).

Ce qui nous paraît être général dans ces multiples points de vues "thérapeutiques" est une façon d'envisager la position de la famille comme spécifique vis à vis de l'enfant, ce qui est légitime à priori, et, soulignons le et, vis à vis de l'institution, ce qui ne l'est pas à notre avis. La qualité de parent dirons-nous, si elle signifie "dans le lieu de la famille" une relation particulière à l'enfant, ne préjuge pas de celle qui, par rapport à lui, s'établira dans le lieu "institutionnel" quoique n'étant pas indépendante l'une de l'autre. Mais l'élaboration que nous avons tenté de la notion d'usager nous

conduit à être beaucoup plus prudent quant à la "valeur" de cette dépendance des deux relations.
Expliquons-nous. Dans la relation à l'institution les parents ne peuvent prendre que deux positions et c'est l'une d'elles qu'ils prennent toujours, sans préjuger du changement possible : celle de l'analysant ou celle de l'usager. Si à propos de leur enfant, ils décident de s'impliquer dans la cure, ils sont des analysants (51) car ce sont eux, comme sujets qui parlent qui seront personnellement interpellés, ou bien s'ils se maintiennent à l'écart ce sont des usagers. L'avantage de cette distinction, par rapport à l'institution, nous paraît être de "valider" l'une et l'autre des deux positions indépendamment de toute idéologie concernant la famille : d'où pourrions-nous tirer cette idée que c'est "mieux" pour les parents par rapport à leur enfant confié à une institution donnée, d'être analysant plutôt qu'usager de cette même institution ? Nous ne ferions que renvoyer là à nos développements antérieurs concernant des "fonctions" différentes.
Il ne nous paraît pas nécessaire de recourir à une solution moyenne qui correspondrait à une position "intermédiaire" ou mixte de la famille, ni d'analysant ni d'usager mais des deux à la fois. Il y a peut-être au contraire intérêt à saisir la place d'une famille donnée comme étant celle de l'une ou l'autre de ces positions, afin de définir le travail institutionnel en s'y rapportant.
Les questions ne manquent pas à partir de là :
Est-il souhaitable et pour quelles raisons, d'encourager les parents à prendre l'une ou l'autre position ?
A quel type d'institution correspond telle ou telle option concernant cette position ?
Le fait de considérer les parents, ou plus généralement la famille comme usager, facilite-t-il l'abord de cette question de l'usager, par exemple comme catégorie plus "accessible"?

S'il y a, pour un type précis de travail institutionnel, une contradiction entre la nécessité clinique du "traitement des parents" et l'impossibilité de le pratiquer dans l'institution qui prend en charge les enfants, quelles implications suivent-elles quant aux rapports entre les institutions ?
Si une institution se sent en mesure de "totaliser" la pratique, quels sont les instances qui le permettent ?

C O N C L U S I O N S

Pour une psychiatrie actuellement en crise, il s'agit de mettre au clair les éléments en jeu qui rendent compte de ce fait, dans le but de savoir si, premièrement, la psychiatrie existe comme discipline scientifique autonome et, deuxièmement quelles conditions sa pratique est possible.

Notre exposé, à partir des "conditions locales institutionnelles psychiatriques" données dans quelques exemples, tente de poser une question relative à ce propos. Il s'emploie paradoxalement à définir un type d'institution où peut être mise en cause une pratique psychiatrique purement médicale par le biais du repérage et de la définition d'une fonction de l'usager proposée au départ "en négatif" : l'usager n'est pas le malade.

Dans un premier temps, nous essayons de démontrer que toutes les institutions psychiatriques ne sont pas en mesure de se poser cette question, une question qui ne serait pas seulement théorique mais qui mettrait en cause le fonctionnement, voire l'existence même de l'institution quand elle se manifeste concrètement.

Pour les institutions où la question se pose, institutions que nous pourrions nommer "critiques", nous sommes amener à penser que la fonction de l'usager prend une place essentielle en tant qu'environnement social concret d'une unité de travail psychiatrique. Cette notion d'usager et la fonction qui s'y attache naissent d'une différence d'avec d'autres fonctions des sujets qui constituent éventuellement le collectif : malades, soignants, employés, employeurs, psychanalystes et psychanalysants.

En élaborant davantage cette notion d'usager, nous avons utilisé des repères comme ceux de structure, de discours, de systèmes d'échanges, d'analyse dialectique, de matérialisme etc...

Ils nous ont aidé à montrer que la fonction de l'usager ne se manifeste qu'à partir du moment où l'organisation purement médicale des échanges est mise en cause par un autre type de discours, et vraisemblablement quelque soit l'origine de ce discours critique. En rapport avec notre expérience personnelle des institutions psychiatriques, nous avons néanmoins insisté sur l'intervention de la psychanalyse. Ceci ne signifie nullement donner l'assurance que la pratique psychanalytique est possible dans les institutions psychiatriques publiques, la question restant en suspend dans l'état actuel des choses, mais fait office d'axe de référence permettant de distinguer nettement l'usager du patient, ce dernier non plus considéré comme malade mais comme sujet désirant dans son rapport à qui, de l'institution, pourrait être éventuellement en mesure de "supporter" le transfert.

Dans "l'angle" ainsi formé du croisement de l'axe médical des échanges - toujours présent - par celui de l'intervention critique aléatoire, le fonctionnement institutionnel ne pouvant plus être réglé par la seule loi du discours médical, apparait une première fonction de l'usager qui est de résistance à cette "ouverture".

Selon nous, le travail du collectif, dès qu'il s'engage dans une critique de l'organisation médicale, ne doit pas méconnaître ce phénomène, à moins, pour paraphraser Freud, de voir revenir par l'extérieur ce qu'il tente de mettre en cause à l'intérieur.

La question se pose alors du travail institutionnel qu'il y a lieu d'effectuer comme abord et traitement de cette situation nouvelle que fait naître l'usager. Notre expérience ne nous permet pas d'apporter de réponse ni sur le comment, ni sur les moyens. Nous constatons cependant que nombre de solutions proposées concernant la politique à suivre à l'égard de l'environnement social sont en dehors du problème tel que nous le posons, notamment la récente doctrine du secteur.

NOTES ET BIBLIOGRAPHIE

(1) Le terme d'institution, comme celui de structure, est d'un emploi malaisé : A l'aide de ce mot, il est possible de signifier à peu près n'importe quoi ayant trait à la culture, à l'"humanité", depuis le fait d'un échange le plus unique en son genre qui puisse s'établir, jusqu'aux organisations humaines les plus universelles comme le langage. Nous choisirons arbitrairement une signification restreinte : l'institution, ici psychiatrique, est un collectif de travail, ici, soignant, qui se réfère au nom d'un lieu concret; le terme désignant plus une relation d'appartenance que l'effectuation du travail en un lieu précisément nommé, bien que ce dernier doive exister nécessairement. Il persiste ainsi un intervalle entre deux bornes, l'une qui est "l'établissement", une institution fermée au fonctionnement machinal répétant indéfiniment le même processus interne, l'autre qui pourrait être "l'institution éclatée" qui tend à se départir de son appartenance au discours établi dans le lieu par le renvoi à un ailleurs où s'effectuerait le procès thérapeutique.
Cf. François Tosquelles : Désir et Institution, in Recherches. N° 11, 1973. Notamment p. 10 et 11, où il est question du rapport institution-établissement.
Cf. Maud Mannoni : Education impossible, Seuil, 1973, p. 72 et 77.

(2) L'institution psychiatrique : c'est "une" institution psychiatrique donnée. Psychiatrique dans la mesure où le système médical la constitue, mais laissant le champ libre à une "institutionnalisation" ou une "désinstitutionnalisation" critiques, termes équivalents en pratique à celui de "psychothérapie institutionnelle". Ce champ libre est un champ forcé car la psychiatrie "n'est pas" une discipline médicale stricte.

Il existe un corpus de textes déjà considérable sur la matière institutionnelle psychiatrique et psychothérapique. Citons entre autres :
La Revue de Psychothérapie Institutionnelle. N° 1 à 6.
La Revue "Recherches", à sa suite. Dont les deux publications Enfance Aliénée, C.E.R.F.I. Paris.
La Psychanalyse sans divan.

Psychanalyse et transversalité. Félix Guattari. Maspéro. 1972.
L'institution en négation. Franco Basaglia.
Les murs de l'asile et La Psychiatrie doit être Faite/ Défaite par Tous. Roger Gentis. Maspéro 1970 et 1973.

(3) Les usagers conçoivent légitimement l'institution comme un organisme public semblable à la R.A.T.P. ou à la S.N.C.F.

(4) Au sens général d'une complète dépendance de l'institution à l'égard de la psychiatrie, il est possible de refuser d'en être l'usager. Deux voies de refus sont importantes : l'une qui se fonde sur le présupposé du caractère irréversiblement invalidant du recours à la psychiatrie, l'autre qui considère que le recours à la psychiatrie, comme au discours médical, est un choix fondamental pour le sujet qu'aucune intervention extérieure ne peut épargner, quelque soit la forme qui la rend acceptable comme conseil ou interdit, à moins d'une confusion inquiétante quant à ce qui précisément définit l'aliénation.

(5) Cf. Mao Tsé Toung. A propos de la contradiction. Ecrits Choisis. Maspéro, 1967. Vol. II. Où il est question du dogmatisme comme perversion de la théorie par négligence du travail d'analyse des données spécifiques locales et inversement de l'erreur empiriste comme débilité d'une pratique incapable de se transmettre.

(6) Arrêté du 14 mars 1972 et Circulaires des 14 et 16 mars du Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale, et du Secrétariat d'Etat à l'Action Sociale et à la Réadaptation.

(7) L'idée de fonction ne correspond pas, pour nous, à une idéologie générale d'un fonctionnalisme institutionnel qui renverrait au mécanicisme. Il est commode de désigner par le mot des corrélations, autre chose étant la question de leur "réalité".

(8) Ici majuscule et dans le cadre de la théorie psychanalytique. Cf. Note 11.

(9) Cf. Jacques Lacan. Variantes de la cure-type. Ecrits. Seuil. 1966.

(10) Analysant : Cf. Jacques Lacan. Scilicet N° 1, p. 18, Seuil. 1968.

(11) La notion complexe de demande exige une référence conceptuelle. Ce n'est pas ici la Demande au sens où l'emploie la psychanalyse et tel que l'avance Lacan, quoique pour qui pratique la psychanalyse, ce soit bien à cette place de l'Autre que se trouve le soignant dans une demande de l'usager qui "introduit le fantôme de sa toute puissance, d'où se déduit la faillite obligée de sa réponse". L'institution psychiatrique n'est pas dans la position requise pour y proposer un silence ou le signe d'une reconnaissance qui l'adresserait au désir du demandeur, à moins "d'aller se le faire entendre ailleurs", étant donné ce que nous avons pu constater. La chose pourrait être pertinente pouvant rendre compte de la désertion de la psychiatrie par les psychanalystes : problème en fait non résolu. Il n'est en tous cas, dans le sens de Demande, pas plus de demande de l'usager que de demande de qui ne l'est pas. Nous nous référons aux institutions psychiatriques publiques où la demande n'est pas

"inconditionnelle", mais précisément conditionnée, conformément à un des sens qu'en donne Littré en l'opposant à la question. C'est dans le domaine du "droit économique" qu'elle s'exerce, un droit ouvert par l'offre d'un objet ou d'une marchandise, quelque soit sa nature, imaginaire ou pas, mais qui est "promise" par la structure soignante. C'est dire combien le discours médical fait poids et combien est risquée l'aventure de la psychanalyse en institution quand elle affirme de rendre possible la survenue du désir dans le "laissé en creux" de la Demande, alors que le médecin propose de la combler par son offre de soin. La notion économique de demande que nous acceptons ici n'est donc posée qu'instrumentalement, pour ne pas prendre le parti préjugé d'un échec de l'application de son sens psychanalytique à l'institution psychiatrique, quelque soit le dommage qui s'en suit pour la clarté de l'exposé.
Cf. Jacques Lacan. Notamment : Subversion du sujet et dialectique du désir. In Ecrits, p. 813 et 814.

(12) Le terme de discours renvoie à celui de structure. Nous employons ce dernier dans le sens large d'un tout organisé selon une loi interne, plus proche de la Gestalt que de la sémiologie. Ceci nous paraît justifié dans le cadre d'un travail à visée psychiatrique.
Par contre la "structure" du "discours" est elle purement signifiante. Nous laissons de côté la question de savoir si en dernier ressort la "vérité" de la structure est ou n'est pas de nature signifiante dans sa matérialité.
Cf. Qu'est-ce que le Structuralisme ? Seuil. 1968.

(13) Affirmer que de toute manière le patient vient pour "autre chose" que ce qu'il met en avant dans sa demande n'appartient ni à la théorie, ni à la pratique psychanalytique : celà en constituerait davantage un désaveu. Par contre la question de ce qui est à entendre par la demande et de ce qui peut être répondu est de son domaine, c'est-à-dire pour notre

propos, qu'au niveau même de la lettre de la demande rien ne permet d'être assuré qu'il convienne de privilégier son "sens" médical. Le patient ne dit "que" ce qu'il dit, mais "ce" qu'il dit "qui" l'entend ?

(14) Le rapport trois pour mille est un nombre magique qui est censé rendre compte universellement du besoin en matière d'équipement psychiatrique. A ce titre, il est cité partout.
Cf. Les maladies mentales dans le département. Les besoins et les moyens. Jean Benedetti, Préfet de la Seine (l'ancienne). 1962.
Cf. Evaluation des besoins et des réalisations en faveur de la santé mentale en France. Pierre Jean. In Santé Mentale. N° 4. 1970.
En ce qui concerne le taux de morbidité, notamment chez l'enfant, voir par exemple :
Organisation de l'Assistance à l'enfance inadaptée. In Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Articles de J.L. Lang, 1962 et de Minvielle et Bascou, 1969 (37 955 A 10).
Où il est dit pour servir notre propos qu'un enfant ou un adolescent sur dix à "besoin" de recourir au dispositif d'hygiène mentale entre 5 et 19 ans.

(15) Cf. Circulaire du 16 mars 1972 : "Ils (les secteurs enfants) sont ainsi appelés à répondre aux besoins d'une population d'environ 200.000 habitants. Mais il faut souligner que ce chiffre de 200.000 habitants n'a pas été choisi après une étude scientifique; il tient compte d'un état de pénurie et ne permet de couvrir qu'un minimum de besoins" p. 5.

(16) Roger Gentis, par quelques traits dirait-il si vrai ? "Quel mirage çà a été la sectorisation, pour les psychiatres ! Ce qu'ils ont pu saliver en y pensant, ce qu'ils ont pu bander pour le secteur ! Croyant parfois promouvoir une révolution, engager la psychiatrie dans le mouvement révolutionnaire !

Aujourd'hui, il apparait clairement qu'il n'y a pas plus de révolution que de beurre au cul dans la sectorisation. Que la psychiatrie de secteur est au contraire de vocation technocratique, que c'est la psychiatrie propre aux sociétés industrielles avancées, celle que s'invente la Nouvelle Société pour contrôler son fonctionnement et mettre un peu d'huile dans ses rouages".
La psychiatrie doit être Faite/Défaite par tous. p. 15.

(17) Dans certains départements en 1973, l'application de la politique de secteur en matière d'hygiène mentale infantile a été la "diminution" de dix pour cent des crédits alloués l'année précédente au titre de l'emploi du personnel et des frais de fonctionnement!

(18) Voir notamment : A propos de l'attitude des familles devant la consultation de psychiatrie infantile. M. Gabel. La psychiatrie de l'enfant. 1963. Vol. VI, fasc. 2.

(19) Toute cette période qui correspond au premier développement de la psychiatrie extra-hospitalière renvoie aux travaux de Henri Duchêne.
Cf. L'oeuvre de Henri Duchêne. L'information psychiatrique. Sept. 1966.

(20) Cf. H. Duchêne : La contribution du service social. In l'oeuvre, p. 595.

(21) Voir note 15.

(22) Notre description peut paraître abusive par son trop grand schématisme. Il n'en n'est rien concernant l'expérience citée: la demande de l'usager scolaire a toujours eu ce caractère stéréotypé d'exigences de techniques spécialisées. Les pédagogues ont fait état fréquemment d'un savoir extrêmement rigide quant à ce qui est bon ou pas pour un enfant, ce savoir s'est constamment exprimé au cours de toutes les réunions ou les entretiens que nous avons eu avec eux. La

puissance de ce savoir, dont nous n'avons pas à juger ici de la validité, est assez considérable pour permettre d'avancer l'hypothèse qu'en matière d'hygiène mentale infantile publique, ce sont peut-être les pédagogues qui "font la loi" aux soignants, étant donné l'agencement des structures socio-économiques.

(23) Le dernier livre de Gentis n'était pas encore paru au moment de notre enquête. Il confirme ce que nous disons de l'usager-médecin. "Si les médecins libéraux et les psychiatres d'exercice privé commencent à s'inquiéter de la sectorisation, ce n'est pas qu'ils défendent une psychiatrie libérale contre une psychiatrie asilaire, c'est uniquement leur clientèle qu'ils défendent et un exercice libéral de la psychiatrie contre une médecine salariée". La psychiatrie doit être Faite/Défaite par tous. p. 17.

(24) Nous soulignons ici le caractère arbitraire de notre conception de l'usager, arbitraire mais imposé par l'organisation sociale et comme tel à reconnaître, si le but est bien de démonter le système pour en découvrir le non-sens, soit de repérer le lieu où se situent les "vraies" contradictions.

(25) Michael Balint : Le médecin, son malade et la maladie. Traduction. Payot. 1966.

(26) Doxa : Terme remarquable et qui nous paraît correspondre assez exactement à ce qui est ici visé. L'idée que l'on a dans la tête et qui est au repos, et dont la suffisance n'encourage pas la recherche de ce qu'elle masque. Opinion certes, mais aussi réputation voire célébrité.

(27) Cf. L'aperçu historique que donne François Tosquelles dans le numéro 2/3 de la revue de Psychothérapie Institutionnelle. Voir aussi Georges Daumézon : Les fondements d'une psychothérapie collective. Evolution Psychiatrique. 1948. III, sept-octobre.

(28) Néanmoins les rapports Education Nationale - Santé Publique ont toujours été ambigus, à tous les niveaux. Concrètement la solution des établissements de direction et de gestion mixte, comme les C.M.P.P., se révèlent impraticable. Depuis 1970 l'Education Nationale s'est décidée de s'occuper elle-même d'une partie des cas d'inadaptation scolaire, en mettant en place des groupes d'action psychopédagogique (G.A.P.P.). C'est ainsi que de nombreux centres d'hygiène mentale infantile commencent à recevoir les échecs rééducatifs de ces groupes, ce qui rend encore plus pesant pour l'enfant et sa famille le caractère présupposé psychiatrique de la consultation. Ceci confirme le fait que la "pression psychiatrique" n'est pas seulement à l'intérieur de l'institution, mais aussi, et peut-être plus, à l'extérieur.

(29) A partir du moment où, dans une institution qui s'est donnée pour ligne de pratique le modèle de la cure psychanalytique type, certains psychanalystes se décident à demander des modifications dans le mode de travail, l'organisation, les fonctions, les échanges etc... et abandonnent un "mutisme" qu'ils pensaient jusqu'alors de bonne mise technique sous le nom de "silence", apparait le fantasme de leur "faute" et d'une souillure dont ils devront témoigner devant le tribunal freudien. C'est souvent par rapport à ce fantasme que s'ordonnent des scissions, des répartitions en "clans", des agissements divers. Il nous semble que cet élément inconscient interroge pertinemment les rapports entre psychanalyse et psychiatrie dans le cadre institutionnel, mieux en tous cas que des "raisons théoriques".

(30) Nos propos se sont révélés à l'expérience trop optimistes.

(31) Voir l'analyse de sept facteurs économiques de contrainte proposés par Simone Benhaim, dans son entretien avec M. et O. Manonni. In Education Impossible, p. 219.

(32) Le but de notre travail n'est pas de développer le rapport du médical à la chose politique. Nous ne pouvons pas négliger son importance cependant.

(33) Ce qui ne veut pas dire que dans une institution psychiatrique l'apparition d'une "formation politique", notamment syndicale, aille obligatoirement dans le sens d'un progrès dans l'analyse de la structure. Le contraire existe, l'employeur utilisant cette formation, voire stimulant sa création, pour enclaver les échanges dans un débat portant sur les "revendications".

(34) Réel en ce sens qu'il questionne alors que l'imaginaire répond prématurément : La "présence" de la subjectivité dans la pratique médicale n'est pas un fait, une donnée qui lui est propre, mais une question qui se pose.

(35) Nous ne tentons pas spécialement ici d'assimiler ces quatre termes au "quaterne" des types de discours mis en place par J. Lacan en 1969.

(36) La simplicité de nos formulations ne rend pas compte de la complexité des phénomènes locaux, elle ne fait qu'indiquer une possible généralité.

(37) Comme référence d'un texte traitant du matérialisme donnons : Sur le matérialisme. Philippe Sollers. Seuil. 1974.

(38) Michael A. Woodbury, dont nous avons été un temps l'élève, utilisait couramment ce terme pour désigner l'entourage social du patient et de sa famille. Dans sa théorie de la pathogénèse familiale, il le considérait comme faisant partie du noyau morbide et conséquemment conseillait aux soignants de ne pas hésiter à le traiter.

(39) Citons Bonnafé, Daumézon, Oury, Paumelle, Sivadon, Tosquelles.

(40) Sigmund Freud : Conseils aux médecins sur le traitement analytique.
In De la technique psychanalytique. P.U.F. 1953. Traduction.

(41) Rappel aussi de Ginette N. Michaud : Recherches. Numéro spécial de septembre 1969, p. 14.

(42) Terme de Félix Guattari.

(43) Où était (le) Cà dois Je advenir.

(44) Cf. note 37.P.71.
Aussi Francine Markovits : Marx dans le Jardin d'Epicure. Editions de Minuit. 1974.

(45) Voir Jean Itard : Quelques remarques sur la notion d'angle. In L'Aventure de l'Esprit. Mélanges Alexandre Koyré. Hermann. 1964. Il y est question des rapports entre les notions d'angle, de lieu et de mouvement dans l'antiquité.

(46) Terme de Bonnafé.

(47) L'anarchie est une constatation faite dans la circulaire de 1972. "Le deuxième grand principe dont il y a lieu de tenir compte est l'organisation de la concertation, grâce à quoi il sera possible d'éviter la dispersion des efforts et l'anarchie dans les prises en charge".

(48) La question de la famille, de sa fonction, n'est plus, ou est de moins en moins tabou. Nous ne savons pas cependant de quel champ, domaine ou praxis elle se pose le plus pertinemment. Historiquement nous devons à la psychanalyse le déclin du "mythe de la famille irréprochable", à dater des années vingt.
Cf. Les articles de R. Laforgue et J. Leuba sur les rapports de la névrose et de la famille. Revue Française de Psychanalyse. 1936. Tome IX. N° 3.

(49) Cette incertitude quant à ce qu'il convient de faire avec ou sans la famille, dans le cadre de la théorie et de la technique aussi bien psychiatrique que psychanalytique nous semble l'indice du conflit idéologique qui les traverse et dont elles n'ont pas la maitrise.

(50) Rappelons qu'il ne s'agit pas de la position d'analysant au sens strict d'être engagé dans la cure, mais d'une position de référence théorique puisque la question n'est pas encore résolue de savoir "s'il est possible" d'être analysant "dans" une institution autre que celle du cabinet de l'analyste. Non pas que tout le monde n'ait son idée, son haussement d'épaule ou son sourire ironique, mais que rien en théorie jusqu'à présent ne peut y répondre, voire même poser correctement la question.